Titres et Travaux Scientifiques

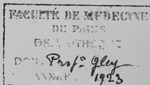
DU DOCTEUR **MARCEL BRIAND**

Médecin en Chef de l'Asile Clinique (Ste-Anne)

Service Central de l'Admission







CAHORS
IMPRIMERIE TYPOGRAPHIQUE COUESLANT
(Personnel intéressé)
—
1921

Titres et Fonctions

DU DOCTEUR BRIAND *(Marie-Pierre-Marcel)*

MÉDECIN EN CHEF A L'ASILE CLINIQUE (Ste-ANNE)

SERVICE DE L'ADMISSION

Interne Lauréat des Asiles d'Aliénés de la Seine ;

Médecin-adjoint à l'Asile Clinique Ste-Anne ;

Médecin-chef de l'Asile de Villejuif ;

Médecin-Expert près les Tribunaux ;

Médecin en Chef du Service Central de Psychiâtrie du Gouvernement Militaire de Paris (Val-de-Grâce) ;

Médecin Inspecteur des maisons de santé privées de la Seine, réservées au traitement des aliénés ;

Membre du Conseil supérieur de l'Assistanee Publique ;

Membre du Conseil supérieur d'hygiène publique de France ;

Membre et ancien Président de la Société de Médecine légale de France ;

Membre et ancien Piésident de la Société Médico-psychologique ;

Membre fondateur et ancien Président de la Société clinique de médecine mentale ;

Membre fondateur de la Société de psychiâtrie ;

Membre et Président de la 7e Commission (assistance et législation; armée ; marine ;) à la Ligue d'hygiène et de prophylaxie mentales ;

Membre (pendant la guerre) de la Commission Consultative supérieuie du Service de Santé Militaire.

Médecine légale

Note pour servir à l'histoire des amnésies toxiques produites par l'oxyde de carbone (1)

On a parfois signalé des troubles de la mémoire dans l'asphyxie par les vapeurs de charbon. En voici deux cas observés chez des femmes faiblement intoxiquées :

— T. Marie, 62 ans, domestique depuis 25 ans chez M. X. Jamais ce dernier n'avait constaté chez elle aucun trouble de la mémoire ; il avait seulement remarqué que, depuis quelque temps, Marie devenait triste et se préoccupait sans raison de son avenir : un matin, croyant son maître parti pour la journée, Marie se décida à s'asphyxier et alluma un réchaud de charbon au milieu de sa chambre. Lorsqu'on intervint au bout d'une heure, elle n'avait même pas perdu connaissance.

Dans la soirée, on l'envoyait au dépôt de la Préfecture de Police, d'où elle passa à Sainte-Anne puis à Villejuif : interrogée, dès son arrivée, sur les motifs de sa tentative de suicide, elle répondit d'une façon précise, donnant avec exactitude l'emploi de son temps jusqu'au moment où elle a allumé le charbon, mais ne put fournir aucun renseignement sur tout ce qui s'est passé depuis l'instant où elle s'est étendue sur son lit jusqu'à celui « où elle a retrouvé ses idées ». La mémoire est précise, en ce qui concerne les faits antérieurs à la tentative de suicide ou ceux accomplis depuis son arrivée à Villejuif.

Le rôle de l'oxyde de carbone est, ici, des plus évidents : cette femme avait une mémoire précise et dirigeait avec intelligence son ménage : sous l'influence d'idées mélancoliques et d'obsessions, elle tente de s'asphyxier ; immédiatement après, la mémoire s'obscurcit et la malade perd la faculté de se souvenir des faits qui vont s'accomplir pendant trois ou quatre jours ; puis le souvenir se réveille et cette malheureuse qui, désormais, aura une lacune dans son existence, redevient elle-même sans arriver à soulever le voile qui l'a momentanément enveloppée.

— X. Adeline, a toujours eu le caractère bizarre : fille d'une mère aliénée morte à la Salpêtrière et petite-fille d'une grand'mère excentrique qui avait sur elle une très grande influence et lui avait promis de toujours veiller sur elle, même après sa mort.

Peu après la mort de sa grand'mère, la malade entendit celle-ci qui lui par-

---

(1) *Bulletin de la Société de Médecine légale de France.* (Séance du 11 février 1889).

lait, puis elle eut des illusions de la vue et la reconnut dans des images. Se croyant alors appelée par sa grand'mère, elle résolut, dit-elle, d'aller la rejoindre et tenta de s'ouvrir les veines. Quinze jours plus tard, elle tenta de s'asphyxier en allumant du charbon de bois dans une coquille de rôtissoire ; elle dut s'étendre d'abord sur son lit puis, trouvant la mort trop longue à venir, elle s'allongea sans doute à côté du fourneau, car elle portait au bras gauche une large brûlure. Mais en dépit d'interrogatoires multiples, et bien qu'après plusieurs semaines de gymnastique intellectuelle nous ayons réussi à préciser quelques-uns de ses souvenirs, la malade se rappelle qu'elle s'est enfermée dans sa chambre et a allumé le charbon dans la coquille, mais elle ne sait si elle s'est couchée soit sur le lit, soit sur le plancher, elle ne sait comment elle a été brûlée : l'amnésie est incomplète depuis les quelques minutes qui ont précédé la tentative de suicide et absolument complète depuis son commencement d'exécution jusqu'au jour de l'arrivée de la malade à Villejuif, où on dut la conduire en raison de l'état d'agitation où elle se trouvait après l'intervention des voisins. La mémoire, au contraire, est précise pour tous les faits qui se sont passés antérieurement à la tentative, ou depuis l'arrivée de la malade à Villejuif.

Mais il n'en est pas toujours ainsi : quelquefois l'oxyde de carbone détermine des amnésies rétroactives dont l'effet remonte à plusieurs jours avant l'asphyxie.

Ce fait est comparable à ce qui se passe dans une autre forme d'empoisonnement, l'intoxication alcoolique au cours de laquelle la perte de mémoire plus ou moins complète peut, dans certains cas, remonter jusqu'aux faits accomplis avant même la première absorption massive.

La ressemblance est grande entre les alcooliques et les asphyxiés : les uns et les autres peuvent se comporter d'une façon analogue en face de deux poisons. Il est donc permis de penser que les troubles somatiques, paralysie, démence, etc., notés dans l'intoxication chronique oxycarbonée sont dus à une action plus prolongée des vapeurs de charbon sur les centres nerveux et être rapprochés des paraplégies alcooliques, par exemple, qui sont liées à l'habitude de l'alcool.

De même aussi, l'amnésie limitée aux faits accomplis pendant la préparation du suicide, comme dans le cas actuel, trouve son explication dans le peu de durée de l'intoxication : les choses ne se passent pas autrement dans l'ivresse qui ne s'accompagne que d'une perte de souvenir momentanée.

Nous venons de voir, dans les cas précédents, que l'empoisonnement avait produit, chez la malade, une certaine excitation. Voici un cas où le poison s'est manifesté par une paraplégie.

— J., 37 ans, fille peu intelligente, vit avec une mère aliénée et un père faible d'esprit ; la mère atteinte de délire chronique, se croyant persécutée par des voisins, résolut de mourir en famille avec son mari et sa fille : elle allume un réchaud au milieu de la chambre et se couche sur le lit avec son mari et sa fille. Le père mourut le premier, la mère expira environ un quart d'heure après et c'est seulement le mercredi soir — le suicide ayant eu lieu le dimanche matin — qu'on pénétra dans la chambre où on trouva notre malade à côté des deux cadavres.

Elle avait conservé le souvenir complet de tout ce qui s'était passé : quand ses parents eurent cessé de respirer, comme personne ne répondait à ses cris, elle avait fini par s'endormir, en attendant, elle aussi, la mort. Prévenu par des voisins, le commissaire de police fit ouvrir la chambre et la malade fut transportée à Sainte-Anne. Là, ce fut seulement, plusieurs jours après son entrée, qu'elle recouvra l'usage de ses jambes et on put noter, au bout d'un mois, une anesthésie des membres inférieurs, aujourd'hui encore incomplètement disparue.

La paraplégie est donc, en tous points, comparable soit à la paraplégie passagère de l'ivresse, soit à celle de l'alcoolisme : il y a là un nouveau point de ressemblance entre l'action de l'oxyde de carbone et celle de l'alcool sur les centres nerveux.

On est autorisé à conclure de ces faits que si, chez certains individus, le premier symptôme de l'intoxication oxycarbonée est l'amnésie, chez certains autres, le poison, négligeant les centres supérieurs, agit au contraire, tout d'abord, sur la moelle : dans l'alcoolisme, les choses ne se passent pas autrement.

Parmi les conséquences médico-légales qu'on peut tirer de ces observations, il en est une plus particulièrement saisissante: il est possible à un meurtrier, dans des conditions déterminées, de se débarrasser d'une personne gênante en l'asphyxiant par l'oxyde de carbone et en prenant certaines précautions pour faire croire à un suicide : l'assassin agira avec la probabilité que la victime, si elle échappe, sera hors d'état de fournir aucun renseignement sur la préparation du crime.

Troubles intellectuels à forme démentielle avec apraxie passagère, consécutifs à une intoxication par l'oxyde de carbone (1).

Le malade qui, d'après les renseignements donnés par son entourage, n'aurait manifesté, antérieurement à son intoxication, aucun trouble intellectuel même léger, présente des troubles psychiques très profonds qui paraissent devoir être reliés à un empoisonnement par les vapeurs de charbon :

— C. Adolphe, 56 ans, n'aurait jamais fait aucune maladie ; il n'apparaît pas qu'il ait jamais présenté d'accidents spécifiques : il a toujours été sobre ; très intelligent, il était entrepreneur et dirigeait, avec activité, plusieurs chantiers à la fois.

Une nuit, dans la chambre où dormaient C. et sa femme, un poêle, dont le tirage était défectueux, produisit des émanations d'oxyde de carbone et,

(1) *Bulletin de la Société Clinique de Médecine mentale*, n° 2 (février 1913), en collaboration avec M. Jean SALOMON, interne du service. — *Résumé.*

le lendemain, les deux époux furent trouvés agonisants. La femme était emportée 13 jours après par une lésion cardiaque antérieure à l'accident.

Quant à C., le lendemain de l'accident, il paraissait tout à coup taciturne; il parlait beaucoup moins qu'à l'ordinaire ; il était « comme ahuri ». Il essaya pourtant de se remettre au travail, mais dix jours après l'accident, la famille commença de s'inquiéter : le malade parlait de moins en moins ; il devenait distrait, ne s'intéressait plus à rien, ne visitait plus ses chantiers, se promenait toute la journée et, le soir, rentrait à l'heure du dîner pour manger gloutonnement et se coucher, sans pouvoir donner l'emploi de son temps.

Dès lors, les signes de démence augmentèrent : « Il ne savait plus ce qu'il faisait », perdait tout à fait la mémoire, ne se souvenait ni du présent, ni du passé et, lorsqu'on lui demandait quelque chose, il répondait au hasard ; le plus souvent, la réponse n'avait aucun rapport avec la question posée. Il ne *savait plus se servir des objets usuels ;* à table, il crachait dans son assiette ou mettait sa serviette dans sa poche.

Quand sa femme mourut, il resta absolument indifférent et suivit le convoi, sans paraître comprendre ce qui se passait.

Quinze jours après l'accident, l'état s'aggrava encore brusquement : C. devint gâteux et ne put s'habiller seul, restant indifférent à tout. Son amnésie était totale.

Il entra à l'Asile trente-cinq jours après l'intoxication : Il était dans un état complet de démence, gâteux, turbulent et incohérent. Il ne savait pas combien il avait eu d'enfants ; prétendait que sa femme n'était pas morte. On lui demandait quelle était la date et le jour : il répondait par le nom d'un département.

Quatre jours après son entrée, le malade semblait s'orienter un peu, il répondait des choses inexactes, mais ayant, au moins, quelques rapports avec les questions posées.

On put croire qu'il entrait dans une période d'amélioration, mais, depuis lors, il n'a fait aucun progrès.

M. C... gâte continuellement, parle à peine, mange gloutonnement ; il est tranquille, obéit passivement aux ordres qu'on lui donne, se lève sans résistance quand on le fait lever, se couche de même quand on le fait coucher, mais demeure incapable de s'habiller ou de se déshabiller seul. Il paraît indifférent aux visites qui lui sont faites, se les rappelle pendant quelques heures, pour les oublier bientôt.

En présence de ces signes très nets de confusion mentale, à forme amnésique, on devait rechercher s'il ne s'agirait pas d'une psychose polynévritique ; cette recherche était d'autant plus justifiée qu'avec la démence, la confusion et les troubles de la mémoire, l'origine toxique des accidents plaidaient fortement en faveur du syndrome de Korsakow. Nous n'avons retrouvé aucun signe de polynévrite. La sensibilité est bien conservée dans tous les territoires ; le malade a, par intervalles, un tremblement généralisé, mais l'on n'a pu mettre en évidence aucun affaiblissement musculaire ; enfin les réflexes qui, très vite, sont abolis dans la polynévrite, sont, chez notre malade, plutôt exagérés.

Les troubles de la mémoire sont très profonds : non seulement C. a oublié l'accident et les faits consécutifs, mais, jusqu'à ce jour, toutes les fois que nous l'avons interrogé sur sa vie antérieure, nous avons

invariablement obtenu pour toute réponse : « Je ne sais pas au juste. » Enfin, nous devons faire remarquer encore ce détail : toutes les fois, depuis l'accident, qu'il fut demandé au malade de dire quel jour nous trouvions, que la question lui fût posée par sa fille, son amie ou nous-même, il a toujours répondu : « Jeudi. »

Cette réponse est-elle faite au hasard ? C... paraît réfléchir quelques instants avant de prononcer ce mot.

Or, c'est précisément un jeudi qu'est arrivé son accident.

Y a-t-il là une simple coïncidence ?

Si C. se souvenait des faits qui ont précédé l'intoxication, on pourrait supposer que ses souvenirs se sont arrêtés nettement à ce point dans le temps. Faut-il plutôt admettre que, seul, l'accident survenu ce jour-là ait été assez marquant pour laisser une trace dans le souvenir ? Dans l'avenir, les observateurs pourront utilement étudier des faits comparables dans des cas analogues.

A l'appui de cette observation, il convient de citer le cas d'un homme qui fut victime d'une intoxication lente et prolongée par le gaz d'éclairage. Le point intéressant de son histoire est que, tout d'abord, on pensa à des accidents alcooliques. On fit surveiller M. X... qui exerçait la profession de frotteur et il fallut bien se convaincre qu'il ne buvait pas. Les troubles de la mémoire qu'il présenta étaient dus au gaz d'éclairage provenant d'une canalisation défectueuse, dans le réduit mal aéré où il couchait et dont le malade se préoccupait ; sa femme ne le crut pas tout d'abord ; c'est seulement lorsque la démence fut complète qu'elle fit chercher et trouva la fuite de gaz qui intoxiquait progressivement son mari. Celui-ci fut d'abord considéré comme atteint de démence polynévrique, mais il n'était que dément, sans polynévrite.

Intoxication oxy-carbonée collective en automobile par les gaz du moteur (1)

Mme X., qui possède une maison de campagne à une quarantaine de kilomètres de Paris, s'y rend plusieurs fois par semaine en automobile : cette voiture est animée par un moteur mono-cylindrique à explosions : on sait que ces moteurs sont alimentés par un gaz détonnant, formé de vapeurs d'essence de pétrole, mélangées à un volume d'air déterminé ; l'explosion, déterminée par une étincelle électrique, donne lieu à une production plus ou moins abondante d'oxyde de carbone qui s'écoule par un tuyau débouchant au-dessous et à l'arrière de la voiture ; la voiture de Mme X. est munie d'une carosserie fermée avec quatre glaces mobiles.

Maintes fois, cette voiture avait été utilisée sans jamais incommoder

(1) *Bulletin de la Société de Médecine légale.* (Séance du 8 juillet 1907). — *Résumé.*

aucune des personnes, qu'elle transportait, lorsqu'un soir, sans raison apparente, Mme X. et ses deux filles furent très gravement intoxiquées par l'oxyde de carbone du moteur : toutes trois éprouvèrent, à des degrés divers, les signes classiques de cette intoxication : céphalée violente avec constriction temporale, somnolence avec hébétude, état vertigineux, impossibilité de se tenir debout et vomissements. Ces symptômes s'atténuèrent sensiblement et, quelques jours après l'accident, ils disparaissaient complètement sans laisser de traces.

Une enquête montra que quelques jours avant l'accident, le chauffeur, profitant d'une réparation à faire dans la carosserie, avait eu l'idée d'adapter, à l'arrière de la voiture et en-dessous du plancher, un coffre en bois pour loger ses outils : ce coffre communiquant avec l'intérieur de la voiture par une planche mobile située sous le tapis de pieds, était suspendu en travers et à 50 centimètres de l'orifice extérieur du tuyau d'échappement. Depuis cette modification, les gaz chauds, résultant de la combustion de l'essence et très riches en oxyde de carbone, étaient donc, à chaque cylindrée, projetés sur la paroi antérieure du coffre ; celle-ci, faite en deux pièces, se disjoignit peu à peu sous l'influence de la chaleur et la fente livra alors passage à l'oxyde de carbone qui, traversant le coffre à outils, vint se collecter dans la partie fermée de la voiture où il se mélangeait à l'air.

Toute personne séjournant dans la voiture pendant la marche du moteur était désormais vouée à une intoxication plus ou moins grave.

Les analyses d'air recueilli dans cette voiture et dans son voisinage amènent, en outre, à se demander s'il serait prudent de laisser ouvertes les fenêtres d'un appartement éclairé par une courette en communication avec un garage renfermant plusieurs automobiles dont les moteurs tourneraient simultanément, et si une intoxication ne serait pas possible dans le garage même, dans le cas où ce garage aurait un cube d'air insuffisant ou une ventilation mal assurée ?

La mort par suffocation dans l'épilepsie au cours d'attaques convulsives survenues pendant le sommeil (1)

La mort violente n'est pas rare dans l'épilepsie : elle peut survenir d'une façon tragique, au cours d'une attaque, soit que celle-ci ait terrassé le malade près d'un foyer où il enflamme ses vêtements, soit qu'elle le précipite dans l'eau ou provoque sa chute d'un lieu élevé sur le sol.

Il peut arriver aussi, les deux faits suivants en sont la preuve, que l'épileptique meurt pendant le sommeil, par simple suffocation sur un oreiller.

— La première malade était âgée de 21 ans ; elle n'avait que de très rares attaques convulsives : un matin, sa voisine, qui avait l'habitude de la

(1) *Bulletin de la Société de Médecine légale de France.* (Séance du 12 juin 1911). — *Résumé.*

coiffer, s'approche de son lit et la voit couchée sur le ventre, la face tournée vers l'oreiller et comme plongée dans un sommeil profond.

On ne croyait d'abord qu'à une syncope, mais l'infirmière, puis l'interne de garde, constataient bientôt que la mort avait accompli son œuvre.

Quand les couvertures furent retirées, on remarqua que la face était enfoncée dans l'oreiller, que les doigts de la main étaient en flexion, le pouce en dedans, ce qui est très fréquent au cours de l'attaque d'épilepsie. La lèvre inférieure était lacérée et maintenue entre les dents. A la hauteur de la bouche, la taie de l'oreiller était mordillée et maculée de salive sanguinolente.

De l'enquête à laquelle il a été procédé, il résulte qu'entre quatre heures et quatre heures et demie du matin, la veilleuse, ayant eu l'occasion de donner ses soins à une malade couchée dans un des lits voisins, vit l'épileptique se retourner dans son lit puis s'allonger sur le ventre, sans paraître le moins du monde en imminence de crise.

Une constatation est digne de fixer l'attention : la voisine, l'infirmière et l'interne remarquèrent que les membres étaient déjà raides, quand le cadavre fut découvert ; or, en admettant que la malade ait succombé immédiatement après le passage de la veilleuse (quatre heures et demie du matin), la mort remontait à environ une heure, quand elle fut constatée.

Faut-il admettre que la veilleuse a inexactement indiqué l'heure de son passage ?

— Ce qui pourrait le faire croire, c'est que le cadavre, au moment de sa découverte, était déjà cyanosé, dans les parties les plus déclives ; les plis du drap, sur lequel il reposait, se reproduisaient en blanc sur un fond généralement violacé. Mais, comme dans un autre cas, il fut encore constaté que la rigidité cadavérique semblait s'être produite très rapidement après la mort, il y a lieu de considérer comme admissible le renseignement fourni par la veilleuse sur le moment où elle a remarqué que l'épileptique changeait de position. Le fait est à retenir.

L'autopsie dévoila les lésions classiques de l'asphyxie par obstruction des voies respiratoires.

— Une autre femme, âgée de 34 ans, avait été soignée, à l'Asile de Villejuif, pour épilepsie, à trois reprises différentes ; ses crises allaient en diminuant de fréquence : alors que dans le premier mois de sa dernière entrée, elle avait eu 38 attaques ou vertiges constatés, dans le trimestre qui précéda sa mort, on n'en compta, en totalité, que sept. Cette femme, atteinte de scoliose, avait contracté l'habitude de dormir sur le ventre.

Un matin, l'infirmière fut étonnée de la trouver cachée sous son drap ; elle s'approcha pour la réveiller et s'aperçut qu'elle était morte et déjà « raide ».

L'interne constata que la rigidité cadavérique était complète : on pouvait retourner le cadavre d'une seule pièce ; la face présentait un aspect vultueux et cyanosé, tranchant, par sa couleur, avec le reste du corps uniformément pâle. Le drap était maculé d'urine et de matières fécales ; sur l'oreiller apparaissaient, par places, de larges taches de salive sanguinolente.

Dans la nuit, la veilleuse était passée auprès de la malade, environ toutes les heures, sans remarquer rien d'anormal ; l'épileptique dormait réellement. A quatre heures et demie, deux malades avaient entendu un cri, bien connu de l'entourage des épileptiques, qui leur sembla être le cri initial d'une attaque convulsive ; mais elles n'avaient prévenu personne, n'ayant rien constaté d'anormal dans leur voisinage. On peut supposer, d'aprés la direction même d'où il provenait, que ee eri avait été poussé par la femme dont on devait, un peu plus tard, retrouver le cadavre.

Quoi qu'il en soit, de très caractéristiques ecchymoses, en nappe, se montraient sous les conjonctives ; elles prenaient l'aspect nettement ponctué dans la région antérieure du cou et de la poitrine.

A l'autopsie, on ne trouva aucune trace d'ecchymoses sous-pleurales, mais les méninges étaient, uniformément, très injectées. Il en était de même, à la coupe, de la substanee blanche du cerveau, de la protubérance et du bulbe.

Le plancher du quatrième ventricule était sillonné par une véritable arborescence vasculaire. Par places, les artériolles médianes étaient le siége de petites thromboses ; on apercevait aussi quelques suffusions sanguines sous-épendymaires.

Les coupes, pratiquées sur la protubérance et le bulbe, montraient un piqueté hémorragique peu accusé.

Mis dans l'eau, les poumons, congestionnès et comme hépatisés, surnageaient.

Le cœur gras, flasque, de teinte feuille-morte ne contenait pas de caillots ; les valvules aortiques étaient insuffisantes ; le péricarde renfermait un peu de liquide.

Il eonvient d'insister sur ees deux observations au point de vue médieo-légal, paree que, si la déeouverte des eadavres avait été faite dans un autre milieu et si des eirconstances aecessoires, telles que le désordre de l'appartement, une apparenee de vol, les traees d'un ami de passage, ete., s'y étaient prêtées, on aurait pu penser à un assassinat.

Les deux eadavres, en effet, ont été trouvés dans l'attitude semblable à eelle qu'ils auraient eue si une main eriminelle, surprenant la victime dans le sommeil, l'avaient étouffée en lui maintenant la tête appliquée sur l'oreiller.

La ehemise de l'une des deux femmes était relevée jusqu'à la eeinture, comme elle l'aurait pu l'être si une tentative de viol avait été eommise.

Les couvertures du lit semblaient avoir été rejetées, par une main étrangère, sur la tête de la vietime, eomme pour retarder le moment où la mort serait eonstatée, en laissant eroire, le plus longtemps possible, au sommeil de Mlle X.

La eontraeture, en flexion, des doigts aurait pu faire soupçonner une lutte, tandis que la eonstatation des taches de l'oreiller n'était pas faite pour infirmer l'hypothèse d'un meurtre ; et, eependant, ees signes, de même que l'émission d'urine, de matières féeales et la morsure de la lèvre, ne sont simplement que les eonséquences, très fréquentes, pour ne pas dire habituelles, de l'attaque d'épilepsie.

Des psychoses post-opératoires. Du rôle que la nature de l'opération chirurgicale peut jouer dans leur production (1)

Est-il équitable d'imputer au ehirurgien un délire qui survient à la suite d'une opération gynécologique ? Cette question se pose en présenee du très grand nombre de travaux, dont les auteurs, se basant sur un eertain nombre de psychoses observées chez des femmes ayant subi des opérations gynécologiques, n'ont pas admis une simple coïncidenee entre le développement de leur psychose et l'opération et sont conduits à admettre une relation étroite de causalité entre ces deux faits.

D'ailleurs, tous les auteurs n'aceeptent pas le rapport en question. Si Keith signale 10 p. 100 de folies après l'hystéreetomie ; si Sears, Farland, Rhoé, Landau lui-même signalent la fréquenee de la psychose, Lawson-Tait nie de son eôté, formellement, l'influenee des opérations gynéeologiques sur la produetion des psyehoses. Au 5e Congrès français de ehirurgie, il a signalé, sur 271 eas personnels, un seul cas de psyehose durable.

Il est done néeessaire de passer en revue les observations publiées pour s'assurer d'abord de l'authentieité du fait si souvent reproché à la gynéeologie.

Ces observations peuvent se diviser en trois groupes :

Dans le premier se rangent des observations incomplètes dont on ne peut tirer aueune eonelusion et qui doivent être abandonnées ; un deuxième groupe eomprend des observations qui présentent une fausse étiquette et dans lesquelles les détails fournis par l'auteur permettent eependant de reconnaître qu'il s'est agi d'un faux délire dans le sens que nous avons donné à ce thème ; un troisième groupe, enfin, réunit des observations dans lesquelles le délire relève d'une cause, étrangère à l'opération gynéeologique, et susceptible de le produire à la suite d'une opération queleonque.

Arrivons done aux observations reeueillies par nous-même à l'Asile de Villejuif :

— H. (Louise-Frédérique), 47 ans ; fièvre typhoïde en 1877 et 1882 ; première entrée à Sainte-Annc en 1884 avec diagnostic de mélancolie, idées de persécution, fausses interprétations, tendance au suicide. Après avoir passé dans plusieurs asiles et hôpitaux, en 1893, elle subit l'ovariotomie pour un kyste de l'ovaire. Un an après, elle entre à Villejuif, comme placement volontaire, sur sa propre demande, afin qu'on la guérisse d'habitudes d'onanisme auxquelles elle ne peut renoncer spontanément. La malade avoue que le chagrin de « ne plus avoir d'ovaires » l'a longtemps poursuivie.

---

(1) En collaboration avec M. Lucien Picqué, chirurgien des Asiles. (Communication à la *Société de chirurgie,* séances du 2 et 9 mars 1898). — *Résumé.*

L'obsession de son infirmité paraît avoir provoqué les habitudes d'onanisme : l'opération a pu, chez elle, exercer une influence sur son état mental en réveillant des troubles intellectuels éteints ; elle avait, en effet, été internée neuf ans avant, sans avoir subi à ce moment aucune opération. Il est donc réellement impossible de voir dans ce cas une psychose post-opératoire véritable.

— C. (Jeanne), 42 ans, sortant d'une maison de santé où elle était restée onze mois pour un délire mélancolique avec idées de persécution ; elle entre à Villejuif en 1896 : elle est dans un état de dépression mélancolique avec demi-conscience et prédominance d'idées hypocondriaques. Elle n'a pas d'antécédents personnels ou héréditaires, mais elle a toujours présenté un caractère bizarre : elle est triste, dit-elle, parce qu'elle est malade et elle accuse son médecin de l'avoir opérée sans nécessité : elle a été, en effet, opérée en 1894 d'une poche suppurée rétro et sus-utérine. Après guérison, elle rentra chez elle et un an après fut admise à la maison de santé qu'elle devait quitter pour entrer à Villejuif. Elle se plaint de son mari, l'accusant d'avoir voulu l'empoisonner ; elle voit des complices dans les médecins qui l'ont soignée : ce sont les idées ordinaires de persécutée classique.
La malade ne présentait, à la vérité, aucun antécédent héréditaire ou personnel, mais elle avait eu de tout temps un caractère bizarre, et si l'acte opératoire a eu dans ce cas une action réelle sur l'état mental, on peut affirmer qu'il n'a eu d'autre résultat que de faire éclater des troubles intellectuels dans ce cerveau déjà tout préparé.

Voilà deux cas dans lesquels nous avons pu constater une action du traumatisme opératoire sur la psychose, et nous avons vu combien le premier prêtait à la critique.

Everke a signalé, en 1895, une observation où on voit l'influence d'une cause étrangère à l'opération :

— Femme normale. Grossesse tubaire avec rupture, opérée avec succès ; les douleurs violentes avaient disparu et la malade qui désirait l'opération paraissait heureuse. Elle se plaignait d'une soif vive et demandait à boire ; le chirurgien ayant refusé d'augmenter la quantité de liquide qu'on lui donnait, elle se trancha l'artère radiale avec un couteau et mourut quelques instants plus tard.

— Un deuxième groupe d'observations comprend, d'une part, des aliénés présentant des observations variables qui les poussent à demander à la chirurgie des opérations qu'elles croient utiles et, d'autre part, des malades qui, atteintes de folie morale, simulent des maladies pour amener le chirurgien à une intervention inutile et, parfois, extraordinaire. Ces cas sont fort éloignés des délires psychiques post-opératoires, mais ils permettent de mettre en garde le chirurgien contre cette catégorie de malades, en apparence saines, et qui accusent, pour être opérées, des sensations subjectives qu'elles n'ont pas ou qu'elles exagèrent. En même temps, ces observations donnent l'explication des prétendus délires post-opératoires.

— D. (Jeanne), 34 ans, hérédité chargée, pas de maladie nerveuse antérieure ; en 1893, elle se plaint d'hémorroïdes, on lui fait une dilatation anale à la suite de laquelle de vives douleurs lui font penser qu'elle a une lésion grave de la colonne vertébrale. En 1894, un médecin de province porte le diagnostic de rétroversion utérine qui impressionne vivement la malade. Un chirurgien connu constate un léger déplacement utérin facile à réduire ; mais la malade, toujours très effrayée, entre à l'hôpital. Les médecins, faisant les mêmes constatations que le chirurgien, essayent, vainement, de convaincre la malade de ne pas se préoccuper de ce déplacement. Enfin, voyant qu'il a affaire à une hypocondriaque obsédée par un mal imaginaire, le chirurgien résolut d'agir par suggestion en pratiquant une opération simulée : après une simple incision, la malade garde le lit, convaincue qu'elle avait été opérée réellement, mais se figurant qu'elle avait été mal opérée, que sa matrice était de travers, qu'elle se détachait et roulait dans le ventre.

Après avoir couru de médecin en chirurgien, demandant qu'on l'opère à nouveau, après avoir été à Lourdes, elle est admise à l'asile d'aliénés de la Charité comme atteinte de lypémanie avec prédominance d'idées hypocondriaques ; elle sort de l'asile au bout d'un mois et en 1895, sur le diagnostic de névralgie pelvienne, un chirurgien des hôpitaux pratique l'hystérectomie vaginale qui permet de constater l'absence de lésion des ovaires et des trompes.

La malade reste en proie à l'idée fixe qu'elle a toutes sortes de choses dérangées dans le ventre et elle donne, de ses maux, des descriptions fantastiques. Une laparotomie exploratrice montre tous les organes abdominaux en bon état.

Aucun résultat ne suit cette opération et, la malade se plaignant toujours, est envoyée à Sainte-Anne en 1896 avec un certificat constatant qu' « ayant subi successivement deux opérations, elle est atteinte de troubles mentaux antérieurs à ces opérations et qui nécessitent son admission dans un asile spécial ».

Le traitement hydrothérapique est institué et, quelques jours après, à chaque visite, le personnel lui répétant qu'elle est guérie, la malade commence à marcher droite, sans se courber en deux comme elle le faisait ordinairement.

La suggestion à l'état de veille paraît amener un réel progrès ; puis on soumet la malade à l'hypnotisme pour parfaire la guérison : on lui suggère que ses douleurs disparaissent, qu'elle pourra marcher sans aide. Le jour même, on observe dans la marche une amélioration qui va en s'accentuant. La malade se déclare guérie et reconnaît que son imagination seule était atteinte.

De cette observation ressortent nettement :

1° Les obsessions auxquelles une malade peut être exposée et qu'un chirurgien doit connaître ;

2° Le résultat qu'on peut obtenir par suggestion.

Elle nous montre enfin qu'un délire peut devenir manifeste à la suite d'une opération, sans qu'il soit équitable d'en rendre cette dernière responsable.

— G., couturière, hérédité mentale très chargée, a toujours été d'un caractère bizarre et exalté ; opérations successives : curetage de l'utérus, raccourcissement des ligaments, hystérectomie, sans amener aucune améliora-

tion dans les douleurs abdominales en rapport avec les idées délirantes qu'elle a toujours eues.

Les idées de suicide commencent et elle est envoyée à Sainte-Anne avec un certificat ainsi conçu : « Délire mélancolique avec prédominance d'idées hypocondriaques. »

Aprés quatre mois de traitement, ses préoccupations mélancoliques et hypochondriaques se sont dissipées.

— A. (Marie), 58 ans, sage-femme, s'était présentée, marchant sur des béquilles dans divers hôpitaux, sollicitant une opération utérine qui, après observation, lui fut refusée en même temps que l'examen de son état mental montrait que A. était une vieille persécutée dont le délire remontait à une dizaine d'années. Envoyée à Villejuif, elle recommença à parler de sa prétendue maladie utérine, affirmant qu'on ne pourra la guérir que par l'hystérectomie et disant que, depuis l'âge de dix-neuf ans. elle a le corps rempli par une matière échauffée et blanche qui lui a été introduite par son mari dans le museau de tanche. Elle a d'ailleurs d'autres idées de persécution.

Les idées hypochondriaques de cette malade et ses idées de persécution se sont développées parallèlement sans que les unes aient succédé aux autres, ainsi que cela se rencontre souvent.

Les préoccupations, au sujet de la santé, ont mis trente ans à évoluer vers l'idée hypochondriaque confirmée qui poussait la malade à se faire opérer. Il est évident que, dans ces conditions, toute opération aurait été au moins inutile. On peut même ajouter que, sur un semblable terrain, auraient germé de nouvelles idées hypocondriaques, que les persécutions s'y seraient jointes et que Mme A... n'aurait pas tardé à accuser le chirurgien de l'avoir mal opérée.

Il est d'autres sujets qui simulent des maladies qu'elles savent ne pas avoir pour obtenir les opérations qu'elles désirent :

— C. (Joséphine) présente plusieurs signes de dégénérescence mentale, est entrée à l'asile pour un accés de folie intermittente : dés l'âge de sept ans, ses seins ont commencé à la préoccuper, trés ennuyée à la pensée qu'ils grossiraient, elle affirmait qu'elle se les ferait couper. L'obsession devint de plus en plus pénible et, à seize ans, elle commença à parcourir les hôpitaux, simulant une névralgie mammaire persistante. Un chirurgien se laissa convaincre et lui enleva le sein droit ; quelques semaines aprés, elle se faisait enlever l'autre, mais l'obsession ne s'arrêta point là et elle se mit dans la tête de se faire débarrasser de ses doigts qui l'ennuyaient, disait-elle, parce qu'ils lui faisaient une vilaine main : elle se mordait le doigt jusqu'à ce que la plaie prit un vilain aspect et se présentait alors dans un hôpital où on lui enlevait une phalange sans même l'endormir.

A côté de cette opération, on peut citer celle d'une jeune femme qui, poursuivie pendant plusieurs années par la pensée que la grandeur et surtout la largeur démesurée de ses pieds, l'empêcheraient de trouver un mari, tourmentait ses parents pour qu'ils la fissent opérer.

— Adéle, 25 ans, internée plusieurs fois, obsessions diverses, simulation, accés d'hystéro-épilepsie ; d'une grande inégalité d'humeur, tantôt déprimée, tantôt violente et impulsive et trés désireuse d'attirer l'attention.

Entre deux séjours à Villejuif, elle trouva moyen de se faire amputer les deux seins en simulant une névralgie mammaire rebelle.
Après un séjour de quelques mois à Villejuif, pour agitation maniaque, elle se fit amputer un doigt de la main gauche qu'elle trouvait trop gros par rapport aux autres, pour obtenir cette opération, elle s'était fait, avec les dents, une plaie profonde entretenue par un pansement irritant.

C'est surtout dans la catégorie des malades précédents qu'il faut chercher, non seulement les insuccès thérapeutiques, mais aussi les prétendus cas de folie post-opératoire. Si les grosses opérations sur l'utérus et les annexes, nécessitées par des lésions matérielles évidentes, donnent surtout les délires septiques, ce sont les opérations pratiquées pour des symptômes subjectifs, souvent imaginaires et parfois simulés chez les prédisposées et les aliénées antérieures, qui donnent ces prétendues psychoses, épisodes dans une longue histoire pathologique.

Instruit de ces faits, nous nous sommes toujours opposé à l'intervention chez ces malades :

— Une femme, âgée de trente-deux ans, entrait en 1892 à l'hôpital Broca, se plaignant de vives douleurs dans l'hypogastre avec irradiation du côté du rectum : cette malade, qui avait eu plusieurs grossesses, racontait qu'un an auparavant, elle avait commencé à souffrir du bas-ventre ; après l'écoulement d'une notable quantité de pus par le rectum, il y eut un soulagement immédiat, mais les douleurs reparurent et elle entra à l'hôpital. A l'examen, sous le chloroforme, on constata que l'utérus était absolument mobile et les annexes sains et libres de toute adhérence. Cette malade ayant été invitée à écrire ses observations, décrivit les sensations éprouvées avec un luxe d'expressions qui trahissait suffisamment son état mental. Son mari, alors consulté, déclara que depuis longtemps sa femme présentait des signes d'excitation et de dépression morale. Elle fut aussitôt admise à Sainte-Anne avec le diagnostic « mélancolie anxieuse ».

Séduite avant son mariage, la malade croit que son amant lui a communiqué une « maladie honteuse ». C'est à cette origine qu'elle attribuait tous les troubles ressentis par elle et spécialement l'abcès profond dont elle avait cru constater l'ouverture par le rectum.

On voit donc que chez cette prédisposée à la folie, c'est l'idée d'une infection à la rigueur possible qui l'a conduite à la mélancolie anxieuse. Actuellement elle est en pleine démence.

— Une dame de 35 ans, d'un tempérament très nerveux, ne s'était jamais relevée depuis son premier accouchement, effectué d'ailleurs dans d'excellentes conditions. Se plaignant de douleurs violentes dans le bas-ventre et réclamant une opération, cette malade très névropathe n'était atteinte que d'une névralgie ovarienne qu'elle entretenait et cultivait par le séjour au lit.

— Mlle P., 28 ans, dégénérée, avec antécédents héréditaires, très intelligente, munie de tous ses brevets d'institutrice. Ayant été séduite et abandonnée au moment où elle se voyait enceinte, elle fut prise d'un accès

d'excitation maniaque et admise à Sainte-Anne ; elle est guérie, entre à l'école d'accouchement comme élève sage-femme, mais ne tarde pas à rentrer à Sainte-Anne avec un délire où prédominent des idées mélancoliques.

Peu de temps avant son premier rapport, elle avait ressenti quelques symptômes de vulvite et des douleurs dans l'hypogastre : l'examen montre un peu de rougeur à la vulve, quelques signes d'endométrite, mais les annexes étaient saines.

Les études que la malade avait faites à la Maternité devaient être pour elle l'occasion de conceptions délirantes qui la poussèrent à réclamer impérieusement une intervention chirurgicale qui lui fut refusée.

Il résulte de l'ensemble de ces faits que les observations qui démontrent l'influence des opérations gynécologiques sur la production des délires sont bien exceptionnelles, si tant est qu'il en existe réellement.

La plupart des faits publiés sont ou incomplets ou ont trait à des délires fébriles ou rentrent dans la troisième catégorie que nous avons établie dans ces observations.

Si on ne peut contester d'une façon absolue l'existence du délire post-opératoire après les opérations gynécologiques, délire qui semble réel dans notre deuxième observation, on peut affirmer qu'il est exceptionnel et qu'en tous cas il ne présente pas cette fréquence si complaisamment annoncée par les auteurs sur des observations le plus souvent incomplètes.

Il faut, à notre sens, dans les opérations gynécologiques, distinguer deux groupes :

1° Celles qui s'adressent aux grosses lésions de l'utérus et des annexes ; à celles-là correspondent les délires toxiques (iodoforme ou septicémie). Fréquentes autrefois, elles tendent à devenir de plus en plus rares.

2° Celles qui s'adressent aux troubles subjectifs accompagnant des lésions souvent insignifiantes et qui constituent le domaine de la petite chirurgie gynécologique (opération d'Alexander, de Schrœder, colporraphies diverses).

A celles-là correspondent le plus grand nombre de psychoses, mais le plus souvent, on saura, en les examinant, qu'il s'agit d'aliénées anciennes et on devra leur refuser l'intervention.

En résumé, si la chirurgie est susceptible d'exercer une influence sur l'état cérébral des sujets, c'est une influence plutôt bienfaisante, et notre observation personnelle nous permet encore d'affirmer, d'accord avec quelques auteurs, que la chirurgie intervient, non pour provoquer des troubles cérébraux, mais peut les guérir dans quelques cas.

De l'intervention chirurgicale chez les aliénés au point de vue médico-légal (1)

Les raisons déterminantes de l'intervention chirurgicale chez les aliénés doivent uniquement découler de leur examen direct à l'exclusion de toute autre préoccupation.

Lorsque l'aliéné compromet l'ordre public ou la sécurité des personnes, c'est par un arrêté préfectoral qu'il est privé de sa liberté : les parents n'interviennent en rien dans la détermination prise par autorité administrative. La famille est légalement ignorée du médecin qui, en fait, ne la connaît souvent pas. Le chirurgien ne peut donc, dans ce cas, provoquer l'avis des parents. Il ne s'inspirera dans sa détermination que de l'état mental de l'aliéné et de la gravité des lésions matérielles qui mettent en question son intervention.

D'autre part, s'il s'agit d'un placement volontaire, la famille a-t-elle qualité pour donner une opinion sur une question dans laquelle elle ne peut être réellement considérée comme partie ni être juge, et cela en raison même de son incompétence ? Qu'entend-on, d'ailleurs, par famille ? Se limite-t-elle aux ascendants, descendants, frères et sœurs, mari ou femme ? Ou bien comprendra-t-elle tous les parents susceptibles d'hériter ? Les décisions de certains alliés risqueraient d'être dictées par le sentiment qu'inspire souvent un parent « fou », qui déshonore, croit-on, la famille et dont, circonstance aggravante, on est héritier. S'il y a désaccord entre les ayants-droit, qui les départagera ? Le conseil de famille, ainsi que le prescrit le paragraphe 7 de l'article 14, en ce qui concerne les demandes de sortie ? Qu'adviendra-t-il alors du malade pendant l'accomplissement des formalités ?

Enfin, le chirurgien devra-t-il tenir compte du refus que pourra lui opposer l'aliéné ? Nous ne croyons pas que le médecin puisse trouver une justification à sa temporisation dans le refus d'un aliéné de subir une opération, quand il est évident que ce refus est lui-même causé par le trouble profond des facultés intellectuelles : la folie est une des affections les plus épouvantables qui frappent l'humanité ; le médecin doit tout mettre en œuvre pour soigner son malade, même contre le gré de l'aliéné qui demeure presque toujours, il ne faut pas l'oublier, dans l'ignorance complète de son état mental.

Dans un rapport adressé au Préfet de la Seine, MM. Pozzi et Picqué, chirurgiens des asiles de la Seine, après avoir étudié les différents problèmes que pose la question de l'intervention chirurgicale chez les aliénés, ont montré que les opérations pratiquées dans les asiles ont pour but et pour résultat :

(1) *Société de médecine légale de France.* (Séance du 16 mai 1898). — *Résumé.*

1° De guérir des malades en danger de mort, quel que soit leur état mental ;

2° De prolonger l'existence, de conserver un membre ou un organe important, de guérir radicalement des malades susceptibles de guérison mentale ;

3° D'amender souvent, ou de guérir quelquefois même, certaines affections mentales.

On voit donc que si, d'une part, aucune opération ne doit être décidée à la légère, encore moins chez l'aliéné que chez l'homme sain d'esprit, il ne faut pas oublier, d'autre part, que certaines opérations ont pu rétablir l'équilibre dans un état mental défectueux. Est-on autorisé à tenter dans certains cas ces opérations à l'insu d'un aliéné ou malgré lui, avec ou sans l'assentiment de sa famille ? Toute la question est là.

Nouvelle contribution à l'étude des psychoses post-opératoires (1)

Sous la dénomination de psychoses post-opératoires, on ne doit comprendre, dans la pratique, que les troubles qui se produisent dans la sphère de l'idéation. Cette définition est indispensable pour séparer, de ce groupe, d'autres manifestations avec lesquelles les psychoses ont été abusivement confondues. La neurasthénie post-opératoire doit être rigoureusement séparée et constituer un chapitre à part ; elle ne présente d'intérêt que comme élément pathogénique possible des psychoses.

Dans ce groupe ainsi délimité, on doit écarter les délires d'intoxication ou en fournir un chapitre à part. Si au point de vue nosologique pur, le rapprochement peut être soutenu, il ne saurait en être de même dans la pratique. La réunion de ces deux variétés de psychoses vient obscurcir la question au point de vue de la prophylaxie, de la symptomatologie, du pronostic et de traitement.

Les délires infectieux sont des délires transitoires qui doivent guérir à l'hôpital spontanément, ou après une intervention chirurgicale. Les envoyer à l'asile, comme on le fait, malheureusement trop souvent, c'est leur imposer une séquestration inutile et les éloigner du milieu chirurgical où ils peuvent guérir. Les vrais délires post-opératoires, au contraire, sont des délires permanents qui ne peuvent être traités qu'à l'asile.

La pathogénie de ces délires varie dans les deux groupes :

---

(1) En collaboration avec M. Lucien Picqué, chirurgien des Asiles. (*Archives de Neurologie*, 1903, n° 87). — *Résumé.*

Dans le premier, le délire est exclusivement sous la dépendance de l'infection et peut guérir par la suppression du foyer. Le cerveau peut ne présenter dans ces cas aucune prédisposition héréditaire ou acquise.

Dans le deuxième, cette prédisposition constitue la principale cause efficiente : la symptomatologie est très variable et dépend surtout de l'âge du malade, des antécédents héréditaires, du degré de la prédisposition, de la forme des troubles mentaux présentés antérieurement par les malades, enfin de la nature de l'opération pratiquée.

Le diagnostic des formes est important à établir, puisqu'il conduit à des considérations utiles au point de vue du pronostic et du traitement. Presque toujours bénin dans les formes infectieuses locales, justiciables d'une intervention chirurgicale, il devient plus réservé dans les psychoses vraies. Mais là encore, le chirurgien peut rencontrer un nombre considérable de cas, où une opération mettra fin aux troubles cérébraux.

Comme conclusion générale, il faut insister sur l'intérêt considérable qui s'attache à l'étude des psychoses, aussi bien pour le chirurgien que pour l'aliéniste : si ces psychoses existent réellement, telles que nous le comprenons, on doit tenir pour erronée l'opinion des auteurs qui les considèrent comme produites de toutes pièces et directement par l'acte opératoire : pour les chirurgiens, leur pathogénie est intéressante à connaître puisqu'en la connaissant davantage ils pourront diminuer le nombre de ces psychoses en évitant d'opérer certaines catégories de prédisposés et en n'envoyant à l'asile que les cas qui ne relèvent pas de l'infection ; pour l'aliéniste, la connaissance exacte des formes de la psychose le conduira à solliciter l'intervention du chirurgien dans les cas où il reconnaîtra une origine infectieuse.

Utilisation de deux débiles pour commettre des escroqueries et des tentatives de chantage dans les milieux religieux (1)

Si les jeunes Marie et Catherine ont éprouvé des sentiments amoureux pour deux ecclésiastiques, elles n'appartiennent cependant pas au type classique des « amoureuses de prêtre » ; elles n'ont ni le délire, ni les réactions de ces aliénées. Elles ne se rapprochent de celles-ci que par le milieu où elles ont évolué, c'est-à-dire un monde de dévots et de prêtres, assez fermé. Toutes deux sont aussi des catholiques très pratiquantes.

---

(1) En collaboration avec M. Vinchon, interne du service. (*Bulletin de la Société Clinique de Médecine Mentale*, n° 1, janvier 1913). — *Résumé.*

Elles ont reçu une longue éducation religieuse, mais pour l'une, des troubles graves du caractère datent de la première enfance, pour l'autre, les circonstances ne lui ont pas permis de suivre une voie normale. Elles sont tombées entre les mains d'individus qui les ont dressées à tirer parti de leur situation et de leurs relations et à escroquer ces dernières.

— J. Marie, arrêtée pour escroquerie, est entrée à l'Admission le 23 novembre 1912, après avoir bénéficié d'un non-lieu, à la suite d'un rapport médical concluant ainsi : « la malade est atteinte de débilité mentale et porte des stigmates physiques de dégénérescence. Son discernement est insuffisant, elle est irresponsable, a déjà été traitée et doit être réintégrée de nouveau. »

Avec des antécédents héréditaires chargés (une tante épileptique, un grand-père alcoolique), J. est née avant terme (8 mois) et fut élevée à la couveuse. Son enfance fut marquée par des convulsions fréquentes ; elle eut, à 10 ans, une fièvre typhoïde avec des complications méningées (deux de ses frères sont morts de méningite). Menteuse, voleuse et perverse, dès l'âge de 10 ans, elle se mit à boire du vin en cachette et n'abandonna jamais ses habitudes d'alcoolisme. De 15 à 18 ans, elle commet escroqueries sur escroqueries ; de 18 à 21 ans, elle a de fréquentes crises convulsives, ses instincts pervers sont plus violents que jamais ; elle vole à droite et à gauche, fabrique de faux testaments, etc.

Déjà à cette époque, elle avait fait la connaissance de son amant actuel, l'abbé X., avec qui elle alla vivre pendant trois mois au presbytère, revenant entre temps dans sa famille et tentant une fois de frapper son père parce qu'il s'opposait à sa sortie.

Restant définitivement avec son amant, qui finit par être interdit, Marie commença alors une interminable série d'escroqueries, soit de sa propre initiative, soit de connivence avec l'abbé qui l'envoyait porter chez des prêtres des demandes d'argent signées de noms connus. Arrêtée et condamnée à trois reprises différentes, Marie fut, entre temps, internée dans un Asile de l'Ouest, puis hospitalisée à Boucicaut où on lui fit la trépanation de la mastoïde : elle ne tarda pas à recommencer ses escroqueries, tantôt pour son propre compte, tantôt à l'instigation de son amant. C'est dans ces conditions qu'arrêtée encore une fois, et ayant bénéficié d'un non-lieu, elle fut envoyée à l'Asile.

Marie est une débile chez qui dominent les troubles du caractère ; elle est incapable de se conduire et toute prête à subir une influence mauvaise, surtout quand celle-ci s'exerce dans le même sens que ses prédispositions personnelles. Dans ce cas le terrain a joué un rôle capital. L'ex-abbé a sans doute été l'élément le plus actif dans l'affaire, mais son rôle, à elle, est loin d'être négligeable car, seule, elle est capable de mener à bonne fin des escroqueries assez bien combinées.

— L. Catherine a été placée d'office à la suite d'une scène violente chez le commissaire de police qu'elle avait prié de réclamer une somme d'argent due par un certain abbé. De l'infirmerie spéciale, on la renvoya à l'asile après avoir constaté que c'était une revendicatrice et avoir noté qu'elle avait des habitudes d'intempérance et que son père, grand buveur d'absinthe, était interné à Villejuif.

Catherine a paru normale pendant son enfance : elle raconte qu'après l'école, elle apprit la couture, puis entra à quinze ans et demi chez un

M. K..., individu évoluant autour de la presse religieuse provinciale, qui finit par devenir son amant.
Entre temps, Catherine devint la maîtresse d'un abbé qu'elle avait rencontré dans la rue. Par hasard, cet abbé était une connaissance de M. K. et tous trois devinrent très bons amis : l'abbé payait la maison et Catherine l'habitait avec M. K. L'abbé passait pour son oncle et elle avouait M. K. comme son ami attitré ou parfois son mari.
Mais à partir d'un certain temps, cette situation aboutit à une série de scandales, quand l'argent manquait à la maison, Catherine allait à l'église, au bureau du prêtre et lui demandait des subsides, se basant sur de prétendus engagements et sur une créance supposée que l'abbé aurait reconnue devant l'Archevêché, à la suite d'une plainte déposée par Catherine.
Quand l'abbé n'était pas là, Catherine allait chez le commissaire de police voisin et portait plaintes sur plaintes. Un jour qu'elle était plus excitée encore que de coutume, le commissaire la garda et l'envoya à l'infirmerie spéciale.

De toute eette histoire dont la plupart des points ont pu être eontrôlés, il ressort que nous avons devant nous une débile beaucoup moins anormale que la préeédente, mais qui, elle aussi, est ineapable de résister à une mauvaise influence. Il semble, en effet, que le malheureux abbé ait été attiré dans un traquenard et qu'on l'ait fait ehanter ensuite. Les visites bruyantes à l'église ressemblent singulièrement à des aetes de ee genre. La malade a-t-elle oiganisé elle-même le chantage : cela nous semble aussi bien douteux, mais nous ne pouvons savoir qui l'a poussée. Une partie de sa famille avait véeu aussi à ses dépens et eonsidérait que M. K... lui retirait le pain de la bouehe.

La mère ne semble pas avoir de convictions morales bien solides : elle trouve tout naturel que sa fille soit entretenue par un abbé.

Enfin, nous ne eroyons pas que Catherine soit une vraie revendieante ; sous l'empire de l'exaltation alcoolique, elle peut être violente dans ses réelamations et le manque d'argent l'oblige à les renouveler souvent, mais ee n'est pas suffisant pour eonstituer un délire. Nous pensons, au contraire, que eette jeune fille, non délirante, est beaucoup plus intimidable que la première et que l'on pourrait peut-être essayer un jour de la remettre en eontaet avee la société, quand la période d'excitation qu'elle traverse aetuellement sera dissipée.

Ces deux sujets sont intéressants au point de vue médieo-légal : Pour la première, se repose le problème de l'Asile-Prison, duquel, vraisemblablement, elle aurait peu de ehanees de sortir. Pour la seeonde, on pourrait tenter un essai de retour à la liberté suivi de condamnation si elle retombait dans les mêmes délits.

Faux exhibitionnisme, attentats à la pudeur par deux dégénérés saturnins, alcooliques dont l'un atteint de psychose intermittente (1).

Il arrive souvent qu'on qualifie faussement d'exhibitionnistes, des individus ayant commis certains attentats à la pudeur, alors qu'ils n'ont, cliniquement, aucun droit à cette étiquette : la déviation génésique de l'exhibitionniste se caractérise par ce fait qu'il montre ses organes génitaux à une ou plusieurs personnes réunies, plus généralement à une seule, sans aucun geste et cela à des intervalles plus ou moins éloignés et souvent dans les mêmes lieux.

A côté des exhibitionnistes se trouvent les frôleurs, les fétichistes, puis toute une catégorie d'obsédés, plus impulsifs que pervertis, qui se font arrêter pour attentat à la pudeur, qui ne sont pas des exhibitionnistes, bien qu'ils laissent voir, accidentellement, leurs organes génitaux. Ce sont de simples onanistes n'ayant nullement l'intention de s'exhiber, mais qui se cachent insuffisamment, en plein jour, dans un urinoir ou tout autre lieu, lorsque leurs désirs sont excités par la vue d'une femme ou d'une fillette à laquelle ils n'oseraient s'adresser.

Nous avons observé deux cas de ce genre : chez l'un et l'autre une intoxication saturnine, avec appoint alcoolique, semble ne pas être étrangère à l'obsession érotique sous l'influence de laquelle ils se sont livrés aux actes qui les ont fait arrêter.

— De I., 43 ans, entré à Sainte-Anne le 11 mars 1913, venant de la Santé ; il avait été arrêté pour outrage public à la pudeur et, bénéficiant d'un non-lieu, avait été envoyé à l'Asile avec un certificat indiquant de la dégénérescence mentale avec perversion des instincts sexuels, obsessions et impulsions paraissant survenir par crises périodiques.

Déjà en 1911, il avait été interné dans les mêmes circonstances et, plusieurs fois auparavant, il avait subi des condamnations pour le même fait.

De I. a une hérédité assez chargée ; il n'a jamais été malade, mais il a toujours eu un caractère difficile : il était d'une sensiblerie pathologique et d'une émotivité maladive ; plusieurs fois dans sa vie, il a souffert de crises de dépression ou d'excitation.

Il y a dix ans, à la suite d'un travail intense, ayant la sensation d'un complet épuisement, mais pourtant se sentant surexcité, il commença à éprouver le besoin de se masturber. Il résista pendant huit jours, puis, un soir, dans la rue, à la vue d'une femme qui travaillait à sa fenêtre assez loin de là, son impulsion devint irrésistible ; il fut arrêté, mais un non-lieu intervint.

A quatre reprises différentes, dans des conditions presque absolument identiques, des crises analogues se reproduisirent, débutant par une dépres-

---

(1) En collaboration avec M. Jean Salomon, interne des Asiles. (*Bulletin de la Société Clinique de Médecine Mentale*, n° 4, avril 1913). — *Résumé.*

sion suivie d'excitation, accompagnées d'eczéma et de strabisme et se terminant par des obsessions génitales.

Depuis son entrée à l'asile, le malade n'a rien présenté d'anormal : au point de vue mental, en dehors de ses crises, il se comporte comme un dégénéré ; il a des phobies diverses, une sensiblerie exagérée ; au point de vue des signes physiques, il faut signaler le strabisme qui serait intermittent et l'eczéma qui n'apparaîtrait qu'au moment des crises anxieuses, mais qui doit être considéré comme professionnel, le malade ayant à manier des essences diverses. De même un autre caractère professionnel à signaler, est le liseré saturnin très marqué, que présente de I. qui depuis sa plus tendre enfance travaille comme typographe dans une imprimerie.

Ce fait est intéressant car, dans les intoxications saturnines, on a signalé plusieurs fois des cas d'exhibitionnisme.

Il semble que sous l'influence de l'intoxication, le malade perd en grande partie l'autocritique, et, cela surtout, lorsqu'au saturnisme se joint une autre intoxication.

C'est encore le cas d'un autre de nos malades qui lui aussi est saturnin ; lui aussi a des impulsions sexuelles, mais il n'obéit à ses impulsions que sous l'influence d'une excitation alcoolique.

— L., 37 ans, faible de constitution, maltraité par ses parents dans son enfance, se sépara d'eux à vingt ans pour se mettre en ménage, ayant, dit-il, des besoins génitaux exagérés ; cinq ans après, son amie le quitta et il eut à la suite de cet abandon une longue période de dépression. C'est dans ces conditions d'inquiétude, qu'en 1901, un jour qu'il avait bu plus que de coutume, il voit passer une femme, ressent un besoin impérieux de se masturber et il obéit à son impulsion, ne cherchant pas à attirer l'attention de quiconque, mais sans se cacher suffisamment. Il est arrêté et condamné, dans des conditions identiques, tantôt ici, tantôt là. Il recommence à cinq reprises différentes en douze ans.

L. est aussi un dégénéré. Comme le premier malade, c'est un saturnin. Son liseré gengival est très marqué ; en 1912, il eut une crise de coliques de plomb.

Enfin L. avoue quelques excès alcooliques et prétend n'accomplir ses attentats à la pudeur, que lorsqu'il a bu et qu'il ne se rend pas très bien compte de ce qu'il fait.

Ces deux malades présentent donc des caractères communs : ce sont deux dégénérés, deux saturnins qui, sous l'influence d'excès alcooliques, accomplissent des attentats à la pudeur. Le fait n'est pas rare chez ces sujets. Il semble que, sous l'influence de l'intoxication, les malades déjà préparés par leur état dégénératif perdent davantage de leur empire sur eux-mêmes au point de pouvoir encore moins résister aux impulsions. Cet état d'esprit est d'ailleurs, en petit, celui que l'on retrouve dans les paralysies générales saturnines, mais tandis que chez ces pseudo-paralytiques généraux, cet état d'esprit est permanent, chez les malades, tels que ceux que nous présentons, il est épisodique et ne survient, en général, que sous l'influence d'un appoint alcoolique.

Il importe d'insister sur ce fait que ces malades ne sont pas, à pro-

prement parler, des exhibitionnistes : comme les exhibitionnistes, ils laissent voir leurs organes génitaux, mais ils ne les montrent pas intentionnellement. Ils ne cherchent pas à attirer l'attention. Ils diffèrent encore des exhibitionnistes, en ce que loin de dissimuler leurs actes, ils les avouent volontiers et les racontent dans les plus menus détails.

Enfin, on doit considérer ces malades comme beaucoup moins irresponsables que les exhibitionnistes vrais, car ils se rendent toujours compte du geste qu'ils accomplissent, ils sont capables de résister à leur impulsion, résistent le plus souvent, et, quand ils se laissent aller à accomplir leur attentat à la pudeur, on peut se demander s'ils ne comptent pas sur leur séjour antérieur à l'asile, pour être considérés, une fois encore, comme irresponsables et éviter ainsi la prison.

Morphinomanisme familial par contagion (1)

La contagion est une cause très fréquente de morphinomanie : tandis que l'alcoolique boit volontiers, seul, le morphinomane est souvent doublé d'un apôtre qui s'efforce de faire partager aux autres, les joies qu'il trouve dans son poison.

Il en est du morphinisme, comme il semble en être de toute maladie contagieuse : le génie épidémique ne frappe point au hasard des sujets qu'il rencontre ; il choisit ceux que lui désigne un ensemble de caractères quelquefois bien marqués, qui nous échappent souvent et que nous groupons sous le terme assez vague de prédisposition. Cette prédisposition, chez le morphinomane, réside dans un état de faiblesse plus ou moins manifeste des facultés intellectuelles et morales : tout ce qui est frappé d'agénésie du pouvoir inhibiteur de volition est une proie facile au morphinisme, comme à toute mauvaise tendance. Aussi, les dégénérés, les déséquilibrés, s'y donnent-ils avec complaisance et prédilection ; ce sont les prédestinés des intoxications volontaires, buveurs d'alcool, d'éther, de chloral, de pétrole, fumeurs de thé ou d'opium. Si bien que la morphinomanie est considérée, par beaucoup d'auteurs, comme une conséquence possible de la constitution névropathique, fruit de l'hérédité.

Voici une observation caractéristique de la propagation, chez des sujets prédisposés, de morphinomanie.

— N., orphelin, fut recueilli, à l'âge de trois ans, par la famille L. qui vivait alors en Belgique, d'un commerce prospère.

Doux, intelligent, sans mauvais instincts, N. sera, cependant, considéré,

(1) En collaboration avec M. le Dr Tissot, interne du service. (*Archives de neurologie*, juillet 1905). — *Résumé.*

plus tard, comme un dégénéré héréditaire, dans un rapport médico-légal motivé par quelque délit : comme stigmate physique, il avait un bec de lièvre qui nécessita deux opérations.

S'absentant fréquemment pour son travail, N. revint un jour à sa famille adoptive dans le dénuement le plus complet. Il se morphinisait alors depuis un mois, à la suite de névralgies qu'un médecin avait traitées par des injections de morphine et cocaïne ; la douleur calmée, l'appétence morphinique avait subsisté, satisfaite grâce au médecin qui renouvelait, paraît-il, les ordonnances au gré de son client.

Lors de son retour, N. éprouva d'abord les remontrances des siens ; puis, ce fut avec un sentiment de curiosité mêlé de réprobation, qu'en famille, on assistait à l'opération de ses piqûres : chacun affirmait, bien haut, que jamais il ne pourrait se soumettre à un tel régime et y prendre le moindre goût.....

A quelque temps de là, presque tous avaient succombé à l'attrait de l'inconnu, cédé à l'influence néfaste de celui qui, recueilli par eux dans un mouvement de pitié, devait développer si rapidement dans ce milieu le germe importé avec lui de la corruption morphinique, de la déchéance morale et de la misère. La mére, la fille, puis un fils, sont successivement pris au piége et, en très peu de temps, deviennent d'avérés morphinomanes ; c'est à l'occasion de névralgies dentaires que celles-là se soumettent à l'expérience de N..., proposant son remède favori ; mais c'est par pur égoïsme et pour n'être point gêné par les mouvements de son camarade de lit qu'une nuit N. le sollicite de se laisser piquer, lui promettant en retour un sommeil calme et des rêves merveilleux. Pour tous, les piqûres acceptées au début sous prètexte de douleur ou de curiosité, devinrent bientôt une nécessité ; l'habitude s'était vite formée, créant le goût, puis le besoin. De toute la famille, seul un fils avait échappé à la contagion, parce que l'unique piqûre reçue par lui l'avait péniblement éprouvé et qu'aussi, il n'avait pas tardé à quitter le logis. Quant au père, il était mort tabétique un an auparavant.

Dés lors, toute la vie de cette famille se résume et tend à la satisfaction du besoin morphinique : tous deviennent des morphinomanes vrais, impulsifs à l'occasion, sauf la mère qui, seule, semble avoir gardé quelque dignité et modération.

N. fut d'abord le grand pourvoyeur et dispensateur du poison : dans la suite et dans la nécessité des besoins croissants, chacun, sauf encore la mére, s'appliqua à concourir à la fourniture de la morphine. Et, presque toujours, paraît-il, les malheureux trouvérent de faciles complaisants, tant en Belgique qu'en France, où ils passérent lorsqu'une affaire d'empoisonnement occasionna, en Belgique, une réglementation très sévère de la vente des stupéfiants.

A Paris, chacun travailla un peu et se piqua beaucoup, ce qui amena le dénuement complet : les uns et les autres en arrivèrent à commettre des vols à l'étalage, à pratiquer l'escroquerie au pharmacien.

A diverses reprises, ces quatre morphinomanes furent internés, soit d'office, soit volontairement ; ils reviennent toujours à leur vice collectif sous l'instigation de N... (1).

Cette observation montre, une fois de plus, le besoin de prosélytis-

(1) Depuis nombre d'années les survivants de cette famille, connus aujourd'hui de tous les médecins experts aliénistes de Paris, sont devenus des professionnels du vol.

me dont est atteint le morphinomane, comme d'un véritable prurit, et le rôle incontestable de la contamination, chez les sujets à résistance morale faible, dans les intoxications qu'on pourrait appeler de luxe (alcool, morphine, cocaïne, éther, etc...).

Mais cet affaiblissement de la force morale n'est pas toujours corrélatif d'un état de dégénérescence mentale : nos malades eurent parfois des velléités de guérir ; leurs tentatives furent malheureuses, mais ces insuccès suffisent-ils à faire d'eux des débiles moraux ?

Impulsivement poussés au vol sous l'influence du jeune morphinique, ils sont d'une honnêteté relative, une fois soustraits à la sujétion du toxique.

Enfin, nos malades ont, dès le début de leur morphinisation et toujours depuis lors, employé la cocaïne concurremment et en parties égales à la morphine : ils n'ont cependant jamais présenté qu'une seule fois du délire et des hallucinations, un jour que, privés de morphine, ils avaient volé de la cocaïne et s'en étaient gorgés avec excès. Malgré les fortes doses quotidiennement injectées pendant cinq ans, ils furent des cocaïnisés sans cocaïnisme. Cette résistance à l'hallucination n'indique-t-elle pas une constitution psychique moins mauvaise qu'on ne serait tenté de le juger par leur histoire et n'y aurait-il pas là un argument contre l'irresponsabilité peut-être trop systématique dont on a coutume de couvrir ces malades ?

En réalité, c'est favoriser impudemment l'extension de la criminalité que de voir tant d'irresponsables parmi les coupables ; cette tendance de chercher, chez le délinquant et le criminel, les tares héréditaires constitutives qui, en diminuant le jeu de la résistance morale et du libre arbitre, atténuent et suppriment la responsabilité, est une menace croissante pour notre régime social.

Qu'arrive-t-il, en effet ? Les morphinomanes délinquants, comme ceux dont nous avons retracé l'histoire, sont déclarés irresponsables ; on les envoie dans un asile d'où ils sortent, au bout d'un certain temps, souvent fort court, n'étant pas délirants : c'est là, toute la punition de leurs méfaits et ils le savent si bien qu'ils se font un jeu de recommencer à ce prix.

Quelle que soit la part que l'on fasse, chez ces individus, à la névropathie, à la prédisposition, dans quelle mesure pouvons-nous dire qu'ils ne sont pas susceptibles d'amélioration morale, qu'ils ne seront pas accessibles à la crainte du châtiment ?

En réalité, entre l'asile et la prison, il y a place pour un organe intermédiaire, un asile spécial au sortir duquel les alcooliques, les morphiniques, une fois guéris, seraient jugés et pourraient, à l'occasion, être condamnés, selon leur délit ou leur crime, à des peines effectives.

D'ailleurs, une autre responsabilité pèse encore sur les personnes qui ont participé à la morphinisation des malades : dans le cas parti-

culier que nous avons exposé, sur le médecin qui, le premier, ayant traité légitimement N. par la morphine, lui a ensuite fourni le moyen d'en continuer l'usage, non motivé, en renouvelant les ordonnances au gré de ses sollicitations.

Enfin, dans cette recherche des responsabilités, en ce qui concerne le morphinisme, il ne faut pas oublier celle du pharmacien, qui reste entière et indiscutable, dès que celui-ci transgresse les règlements sur la vente des poisons et médicaments dangereux. Il est malheureusement constant et courant que certains se prêtent trop volontiers à ce commerce illicite ; combien y en a-t-il qui, non contents de vendre en fraude la morphine, font eux-mêmes les piqûres à leurs abonnés ?

Et que dire de cette anomalie qui laisse au droguiste toute facilité de vendre la morphine et autres poisons de luxe ou de crime, en dépit de réglementations insuffisantes et discrètes ?

L'assistance médicale aux aliénés curables (1)

La question suivante a été posée au Conseil supérieur d'assistance publique par M. le Président du Conseil, Ministre de l'Intérieur :

L'assistance médicale gratuite est-elle due aux aliénés ? En d'autres termes, les aliénés non dangereux et curables peuvent-ils bénéficier de la loi du 15 juillet 1893 dont l'article premier est ainsi conçu :

« Tout Français malade privé de ressources, reçoit gratuitement, « de la commune ou du département où il a son domicile de secours, « l'assistance médicale à domicile, ou, s'il ne peut être utilement soi- « gné à domicile, dans un établissement hospitalier. »

Avant de répondre, on doit se demander si la pratique actuelle ne résoud pas d'une façon suffisante la question de l'assistance des aliénés ? Les aliénés, conformément aux termes de la loi de 1838, ne sont-ils pas placés dans les asiles, établissements hospitaliers créés expressément pour eux ?

Mais, la loi de 1838 ne concerne pas tous les aliénés indistinctement : en effet, il ne faut pas perdre de vue qu'avant tout, elle vise la sauvegarde publique plutôt qu'elle ne s'occupe d'assistance ; elle ne met les Préfets dans l'obligation de placer les aliénés que le jour où ceux-ci sont devenus dangereux pour l'ordre public, pour eux-mêmes ou pour autrui.

Les aliénés inoffensifs ne sont donc pas placés par les soins de l'autorité : il leur reste la voie du placement volontaire ; mais cette façon

(1) Rapport au Conseil supérieur de l'Assistance publique, 1905. — *Résumé.*

d'entrer à l'asile n'est, dans la pratique de beaucoup de départements, accessible qu'à ceux seulement dont les familles sont à même de pourvoir aux frais du traitement.

Les aliénés inoffensifs privés de ressources ne bénéficient, en réalité, dans l'état actuel de notre législation, d'aucune mesure d'assistance publique.

Les aliénés peuvent-ils bénéficier de la loi de 1893 qui mettrait alors un terme à l'anomalie de leur situation ?

Oui, car depuis Pinel, le nom de « malade » — qui figure dans cette loi de 1893 — ne saurait être refusé à l'aliéné, être humain qui souffre et qui a besoin de recevoir les soins médicaux appropriés à son état.

L'aliéné est un malade. Pourquoi ne bénéficierait-il pas de toutes les lois faites dans l'intérêt des malades ?

Mais il y a plus : les aliénés sont des malades d'autant plus curables qu'ils sont soignés à une époque plus voisine du début de leur maladie, au même titre que les cardiopathes ou les tuberculeux par exemple, car l'unité des conceptions que l'on se fait aujourd'hui de la pathologie générale n'autorise pas à penser que le cerveau réagit suivant des lois différentes de celles auxquelles obéissent le cœur, le poumon ou tout autre organe.

En principe, les maladies mentales sont donc guérissables au même titre que beaucoup d'autres affections.

Or, au début, il est impossible de dire que les malades sont incurables. La grande majorité des malades qui présentent des troubles mentaux sont des curables douteux ; ils doivent, pendant un certain temps, bénéficier de ce doute dans la plus large mesure.

Cette façon d'envisager les aliénés comme des malades curables est un principe parfaitement admissible, à titre médical, et fécond, au point de vue social et économique : son application systématique et précoce est certainement le meilleur moyen de réduire au minimum le nombre des incurables qui pèsent déjà d'une charge si lourde dans notre système incomplet d'assistance.

Ces considérations étant posées, la loi du 15 juillet 1893 apparaît comme devant parachever l'œuvre commencée par celle de 1838 qui est une loi de bienfaisance incomplète en ce sens qu'elle envisage la situation des seuls aliénés dangereux et reste muette sur les aliénés inoffensifs.

Bien que la loi du 15 juillet 1893 ne désigne pas explicitement les aliénés aptes à bénéficier de l'assistance médicale gratuite, dans les cas où ils ne sont pas dangereux, cette loi ne les exclut cependant pas.

Si l'on se rapporte aux délibérations des chambres, on constate que le plus large esprit a présidé aux débats : au Sénat, notamment, M. Hervé de Saisy disait : « ...j'estime qu'il y a lieu de proclamer que cette assistance médicale n'admet aucune exception ».

Cette simple phrase contient la meilleure réponse à la question qui nous est posée : la loi du 15 juillet 1893 doit être entendue dans son sens le plus large et les aliénés inoffensifs curables doivent en bénéficier à l'égal de tous les autres malades.

Le secret médical à l'étranger (1)

Un journal publié en Galicie, le *Glos Lekarzy* a eu la pensée de se livrer à une énquête internationale sur le secret médical : pour la faciliter, un questionnaire explicite fut établi et envoyé aux personnalités susceptibles de donner des renseignements utiles.

C'est le résultat de cette enquête qui est analysé ici :

Autriche. — Le code actuel considère le médecin comme un serviteur de l'Etat et de la société : le médecin doit remplir un véritable rôle d'agent de police en démasquant les crimes et les délits qu'il a pu connaître en soignant les malades.

Le corps des médecins autrichiens demande que ces dispositions soient abrogées : dans leur projet, ils se contentent de libérer le médecin de l'obligation de témoigner devant les juges sur les faits que le malade lui a confiés, tout en l'obligeant à témoigner ou à dénoncer les faits qu'il a surpris lui-même. Ce projet de loi est déposé au parlement autrichien.

Galicie. — Pendant le dixième congrès des médecins polonais tenu à Suou (Galicie) en 1907, on a adopté un code de déontologie médicale où il est spécifié que le médecin ne doit jamais manquer de garder le secret professionnel : ce secret ne comprend pas seulement ce que le malade ou son entourage a pu confier au médecin, mais encore tout ce que le médecin a pu apprendre, de quelque façon que ce soit, en remplissant les devoirs de sa profession. Mais le devoir du secret médical ne défend pas de faire connaître à l'administration les maladies infectieuses que le malade ou son entourage peuvent transmettre.

Pologne. Russie. — Le code criminel russe actuellement en vigueur inflige une amende et, en cas de troisième récidive, l'interdiction de l'exercice de la médecine au médecin non fonctionnaire de l'Etat qui ne signalerait pas aussitôt aux commissions médicales toute apparition, connue de lui, d'épidémie ou de maladie infectieuse. D'autre part, un article qui ne se rapporte pas spécialement aux médecins dit, entre autres choses, que « la publication, dans l'intention de porter atteinte

---

(1) Communication faite à la *Société de Médecine légale.* (Séances du 8 février 1909 et suivantes).

à l'honneur de quelqu'un, de nouvelles qui lui ont été confiées en secret... entraîne une pénalité de quinze jours de prison ou une amende de cinquante roubles ».

Le nouveau code de 1903 qui n'est pas encore obligatoire transforme en partie ces dispositions : il punit d'un emprisonnement pouvant aller jusqu'à 6 mois, ou d'une amende pouvant atteindre 500 roubles la publication de secrets « sans de sérieux motifs » quand cette publication peut causer un dommage matériel ou moral.

Mais, depuis le conseil d'Empire, « la liberté pour les médecins de « ne pas témoigner, pourrait souvent empêcher la découverte de la « vérité et cacher leur complicité ou leur aide, dans l'accomplissement « du crime », aussi sont-ils à l'entière disposition du juge. La loi fait, de plus, une obligation au médecin de signaler aux autorités tous les cas d'épidémie ou de maladies contagieuses et même des affections graves qui ont causé, ou auraient pu causer, la mort. Le règlement ne recommande de garder le secret professionnel qu'aux accoucheurs « dans les cas qu'il est impossible de publier ».

Les médecins russes espèrent que la Société fondée depuis peu pour s'occuper des affaires professionnelles et sociales du monde médical, s'occupera du secret professionnel.

Angleterre. — La loi anglaise considère le secret confié par un malade à un médecin comme intangible ; cependant le juge a le droit de demander à quiconque de témoigner sur quoi que ce soit et peut punir celui qui refuse de répondre à ses interrogatoires : ce droit existe en théorie, même pour les pasteurs et les confesseurs, mais, en pratique, on n'en use pas à leur égard ; en ce qui concerne les médecins, non seulement il existe, mais on l'exerce quelquefois.

Cependant, l'opinion de la magistrature, du corps médical et du peuple s'accorde pour admettre que ce n'est que dans des conditions exceptionnelles que le médecin est obligé de dévoiler les secrets de ses malades : le juge ne sévirait probablement que dans des cas extraordinaires pour refus de témoigner ; quoique le médecin doive répondre aux questions du juge dans toutes les autres circonstances, il a donc le devoir de garder les secrets découverts en soignant ses malades.

La loi ne considérant pas comme un délit d'avoir manqué à ce devoir, la police n'a jamais poursuivi personne pour avoir violé un secret médical ; mais le médecin qui, sans ordres du juge, a dévoilé les secrets professionnels, sans le consentement du malade, peut être obligé de se défendre devant les tribunaux pour « libel » (dommage, moral ou autre, causé par des paroles véridiques ou fausses) et risquerait d'être condamné à de forts dommages-intérêts envers la personne en cause.

Etats-Unis. — La profession médicale est en dehors de la protection de la loi commune : la loi de chaque état établit les privilèges dont jouissent les médecins.

Les lois des états de New-York, Souva, Michigan, Pensilvania et Nebraska spécifient qu'il est défendu aux médecins ou chirurgiens de dévoiler toute information acquise dans leurs relations avec les malades.

Dans les états de Californie, Colorado, Utah, Minnesota, Nevada, North Dakota, Orégon, Utah, Washington, Mantona, Obio, Wyoming, Indiana, Kansas, Missouri et Oklahoma, la loi décide que le médecin ne peut pas témoigner en justice.

Dans les codes d'Arkansas, North Carolina et Wisconsin, il est spécifié que le médecin n'est pas obligé de témoigner. Cependant, dans la loi de North Carolina, il est fait une exception dans le cas où le juge intime que « cela est nécessaire pour l'entier et juste accomplissement de la justice ».

La loi d'Anzoa dit que le médecin ne peut, sans le consentement du malade, être interrogé dans les procès civils ou criminels, sur les faits acquis par lui, dans ses relations professionnelles avec le malade.

Les lois des états de Kansas, Nevada, Ohio, Oklahoma et Wyoming comportent la disparition de la nécessité de ce consentement du malade si celui-ci est témoin dans l'affaire.

La protection du secret professionnel est toujours et partout soumise à quelques conditions générales ; les médecins ayant une licence en règle ont seuls le droit de refuser leur témoignage en justice.

La société des médecins américains, qui est une société nationale des médecins de tous les Etats-Unis, a admis ces principes : « Secret et « discrétion doivent être observés, avec la plus consciencieuse fidélité, « sur les relations confidentielles ou familiales qui ont été dévoilées « au médecin pendant ses visites. Le devoir du secret dure au delà des « services professionnels rendus : rien de la vie intime ou privée, au- « cune faiblesse de goût ou de caractère, observés au cours des soins « médicaux, ne doit être jamais divulgué par le médecin, sauf lorsque « la loi de l'Etat le demande absolument. »

Espagne. — Aucun article de la loi espagnole n'oblige le médecin à garder le secret professionnel : l'obligation du secret professionnel est donc, en Espagne, uniquement d'ordre moral.

Par contre, il édicte des articles de la loi obligeant le médecin à témoigner, à dénoncer non seulement dans les cas où il aurait constaté des signes d'empoisonnement ou d'autres manœuvres criminelles, mais aussi quand il aura été « mis au courant de quelque délit public ».

Toutefois, le juge n'oblige presque jamais le médecin à témoigner sur ce qu'il peut avoir appris dans l'exercice de sa profession.

D'autre part, le rescrit sur la santé publique spécifie que les médecins doivent avertir l'inspecteur du service sanitaire de la ville, des maladies infectieuses qu'ils auraient constatées et des dispositions spéciales définissent les circonstances dans lesquelles les médecins doivent avertir les fonctionnaires de certains détails secrets qu'ils ont pu apprendre dans l'exercice de leur profession, par exemple en ce qui concerne les prostituées. Le médecin doit encore avertir l'administration des naissances d'enfants et constater la cause de la mort de ses clients.

Saxe. — La question du secret médical est réglée par trois articles du code criminel et du code civil :

L'article 300 du code criminel condamne à une amende de 1.500 marks ou à un emprisonnement pouvant atteindre 3 mois, le médecin qui aura dévoilé à d'autres personnes qu'à ses aides, les secrets qui lui auraient été confiés en raison de sa profession.

D'autre part, l'article 52 du code d'instruction criminelle porte que les médecins peuvent refuser leur témoignage sur les faits dont ils ne doivent la connaissance qu'à l'exercice de leur profession.

Par l'article 353, non seulement le code civil interdit au juge d'interroger le médecin sur ce que celui-ci peut avoir appris dans l'exercice de son art, mais encore il lui impose l'obligation d'arrêter le médecin qui serait sur le point de dévoiler sans raisons ce qui relève du secret professionnel.

Suisse. — Bien que les vingt-deux cantons suisses ne soient pas soumis à la même loi, la majorité des cantons ont adopté des formules législatives procédant de la loi du canton de Berne.

Suivant la loi bernoise, les médecins, les chirurgiens, les accoucheurs, de même que tous ceux à qui a été confié un secret à l'occasion de leur profession et qui l'auraient trahi, seront punis sur la plainte de la personne lésée, d'un emprisonnement pouvant atteindre 40 jours ou d'une amende de 200 francs, sauf dans les cas où la loi ou, simplement, leur conscience, leur aurait fait un devoir de dévoiler ces secrets.

La justice ne peut, elle-même, invoquer le témoignage des personnes liées par le secret professionnel.

Mais si les textes sont précis à cet égard, leur interprétation cause bien des surprises, car il est arrivé souvent que des médecins qui s'étaient refusé à témoigner sur des faits dont ils avaient eu connaissance à l'occasion de leur profession, ont été obligés de parler, parce que le tribunal avait estimé que leur devoir était de les divulguer.

Un nouveau code est d'ailleurs en préparation.

Australie. — Le code australien, en ce qui concerne le secret professionnel, est identique au code britannique, lequel oblige le médecin à garder, sévèrement, toutes les confidences de ses malades ; mais, en

fait, cette obligation s'arrête au seuil du prétoire : le médecin dont le témoignage est invoqué devant la justice ne peut, en effet, se soustraire à l'obligation de divulguer tout ce qu'il a appris, en soignant ses malades. S'il refuse d'obéir, il est arrêté sous l'inculpation de « mépris vis-à-vis du tribunal ».

Italie. — Dans leur code de déontologie médicale, publié en 1907, les docteurs César et Signini se sont préoccupés de régler l'attitude que doivent adopter leurs confrènes italiens pour qu'elle soit conforme aux lois et aux obligations du devoir professionnel.

Ce code dit notamment :

Art. 28 : Garder le secret professionnel est pour le médecin un devoir moral et légal (Code criminel, art. 163). Il s'étend à tout ce que le médecin a pu connaître soit directement, soit indirectement, grâce à sa profession, et il comprend non seulement ce qui lui a été confié comme médecin, mais encore ce qu'il a vu, entendu ou simplement conjecturé.

Art. 31 : La divulgation du secret est permise :

a) si le client l'autorise et si aucun autre intéressé ne s'y oppose ;

b) si elle est nécessaire pour éviter un grand danger au malade ou à d'autres personnes ;

c) lorsqu'elle est réclamée par la loi (art. 439 du code criminel et 45 de la loi du 22 décembre 1888).

Du danger que font courir à la société les faibles d'esprit utilisés pour commettre des escroquerie (1)

Il est certains débiles intellectuels ou moraux, certains affaiblis au point de vue mental, sans volonté, et plus ou moins dépourvus d'autocritique, qui obéissent passivement à des voleurs de profession et deviennent des délinquants pour ainsi dire « occasionnels » ; ils n'agissent pas, en réalité, pour leur propre compte : c'est ainsi que le Dr Pactet a signalé une femme de paralytique général, qui conduisait son mari dans les grands magasins où elle le poussait à voler ; lorsqu'il était arrêté, elle invoquait comme excuse l'état mental du malade et l'affaire s'arrangeait.

Dans ces circonstances particulières, l'instigateur principal échappe à la justice, ou, s'il est pris, passe au rang de simple complice, alors qu'il est, en réalité, le seul coupable.

L'instigateur du délit, parent, camarade ou ami occasionnel, prend

(1) Extrait d'une communication lue à la *Société de Médecine légale de France*. (Séance de novembre 1913). — *Résumé.*

parfois pour instrument un véritable aliéné ; mais, le plus souvent, les individus, qui utilisent ainsi les autres pour commettre les mauvaises actions qu'ils ont conçues, s'adressent à des sujets non délirants, des débiles intellectuels ou moraux, peu susceptibles de discernement, mais conservant assez d'intelligence pour suivre la ligne qui leur est tracée.

Deux de ces malades ont été présentées à la Société Clinique de Médecine mentale.

— L'une I., *minus habens*, épileptique, dégénérée, à antécédents héréditaires chargés ; enfant, dénuée de sens moral, elle se livrait déjà à de menus vols ; à 17 ans, elle dérobait à son père une somme de 200 francs. Quatre ans plus tard, elle devint la maîtresse d'un abbé qui commença à l'utiliser dans la perpétration du « coup de l'œuvre de bienfaisance » : il écrivait des lettres, faussement signées de noms connus et les faisait porter par I. chez des personnes charitables qui lui remettaient des sommes plus ou moins importantes. En cinq ans, I. fut arrêtée quatre fois et deux fois condamnée, sans révéler le nom du coupable. La première fois, une expertise médicale lui fit obtenir le sursis ; la seconde fois, condamnée à deux ans de prison, elle fut bientôt transférée à Sainte-Anne.

Là, elle avoua qu'elle avait été poussée à commettre ses escroqueries par un employeur que, dans son amour à teinte mystique, elle appelle son « petit Jésus ». Elle se déclare encore aujourd'hui incapable de lui refuser n'importe quel service.

— Une autre malade, entrée au Service de l'Admission, est une faible d'esprit, hors d'état d'échapper à aucune influence bonne ou mauvaise et qui n'avait, cependant, commis aucun délit, avant de faire la connaissance de son amant actuel. Celui-ci, journaliste politique pas scrupuleux, l'utilisa pour faire chanter un ecclésiastique dont elle avait été, peu auparavant, l'amie.

Une réclamation exagérée, accompagnée de menaces, finit par mettre à bout la victime de ce chantage et le commissaire de police, saisi de l'affaire, fit conduire à l'Infirmerie du Dépôt la femme qui, sous le coup de la boisson, se trouvait dans un état d'excitation anormale : amenée à Sainte-Anne, elle raconta son histoire avec la plus parfaite inconscience du rôle odieux qu'on lui avait fait jouer et, aussi, sans le moindre regret, car, comme la précédente, elle se déclare dans l'impossibilité de « rien refuser à son homme ».

Voilà deux femmes qui n'ignoraient pas qu'elles accomplissaient des actes répréhensibles et, cependant, nous insistons sur ce point, elles se reconnaissent elles-mêmes incapables de résister à aucune sollicitation. N'est-on pas autorisé à dire qu'elles constituent des « instruments » ?

Un autre malade, V., s'était toujours comporté honnêtement jusqu'au jour où il se lia avec un escroc dont il devint une sorte de secrétaire : sa besogne consistait à écrire, tantôt sur du papier ordinaire, tantôt sur des feuilles avec en-tête d'un ministère, de la Chambre des Députés ou du Conseil municipal, des demandes d'argent sous prétexte d'œuvres charitables fausses.

V. considère l'escroc dont il est l'instrument comme un « très brave homme », car, explique-t-il, « bien que voleur, il me rémunérait très généreusement ». D'autre part, V. estime qu'il est personnellement un parfait honnête homme : « Je savais bien, dit-il, que mon patron était un voleur, « mais cela ne me regardait pas ; j'étais à son service pour faire ce qu'il « me commandait. »

La sincérité de ce malheureux n'est pas douteuse ; mais on admettra également que sa façon nouvelle de comprendre l'honnêteté n'est pas sans danger pour la société.

Parfois, ce sont les parents du malade qui profitent de son insuffisance mentale, ainsi que le prouve l'observation suivante, qu'avec le Dr Salomon nous avons présentée à la Société Clinique de Médecine mentale :

— Dès l'âge de 14 ou 15 ans, obsédée par le désir de caresser de la soie et de se frotter la vulve avec ce tissu, la malade déroba des morceaux de cette étoffe à la couturière chez laquelle elle était en apprentissage ; plus tard, elle déroba, dans les grands magasins, des coupons qu'elle abandonnait dés qu'elle avait satisfait sa passion érotique. Sa belle-fille ne tarda pas à l'encourager au vol pour recueillir la soie dérobée et en arriva à la conduire aux abords des grands magasins, où elle l'abandonnait sachant qu'elle agirait bientôt utilement... ; peu à peu, d'autres membres de la famille utilisérent les aptitudes de la malade qui devint une voleuse professionnelle.

Tour à tour considérée comme responsable et comme irresponsable, cette femme fut condamnée, maintes fois, à la prison et fit de fréquents séjours dans les asiles.

Elle joue à merveille de son irresponsabilité d'autrefois et entre, maintenant, dans le groupe de ces individus que nous qualifierions, volontiers, de chauves-souris, parce que, à la prison, ils réclament l'asile, et, plus tard, à l'asile, demandent des juges.

— B., 20 ans, être chétif, présentant des stigmates d'infantilisme, paraît 15 ans, malingre et mal développé, ne mesure que 1 m. 37 cent. Sans volonté, il se laisse entraîner par le premier venu et agit, le plus souvent, sans se rendre compte de la portée de ses actes.

Pris de pitié pour un individu dans la misère, dont il avait fait connaissance, il lui donna de l'argent, lui loua une chambre et le nourrit ; après plusieurs sollicitations, l'individu, qui n'était qu'un cambrioleur, finit par entraîner B. devant une chambre dont il lui ouvrit la porte, en l'obligeant à fouiller dans les poches de vêtements posés sur un lit. B. ne vola d'ailleurs qu'un revolver et fut arrêté.

Avant ce jour, B. n'avait jamais rien dérobé à personne ; il n'en était pas de même de son camarade, malheureusement, notre malade n'a connu qu'après son arrestation les moyens d'existence de son parasite.

Celui-ci avait subi plusieurs condamnations et, la veille même du

vol du revolver, il avait fait cambrioler une bijouterie, par un autre complice, en restant encore dans la coulisse.

— Un simple d'esprit que nous avons eu à examiner, en qualité d'expert, était utilisé par de faux monnayeurs qui, eux-mêmes, se présentaient sous les apparences de complices du second plan. Ce malheureux bénéficia d'un non-lieu basé sur son état mental, mais il ne fut pas dirigé sur un asile. Rien ne s'oppose donc à ce que, dans de nouvelles mains, il devienne, une autre fois, criminel.

Un autre débile, 18 ans, flânait dans la rue quand il fut abordé par un inconnu qui lui proposa, à brûle-pourpoint, d'entrer dans une maison voisine, sous prétexte de se rendre chez un locataire, de grimper à un étage désigné où se trouvait une porte dont il lui donnerait la clef, de prendre des objets déterminés, d'en faire un paquet et de venir rejoindre, chez un marchand de vins, l'organisateur qui, pour vaincre les scrupules du jeune garçon, ajouta : « si tu es pris, tu diras que c'est moi qui t'ai envoyé chez moi, on ne pourra rien te faire ».

Celui qui n'était qu'un instrument fut arrêté, mais bénéficia d'un non-lieu basé sur son irresponsabilité.

Que deviennent ces individus, soit après un acquittement, soit après un non-lieu ? — Les uns, s'ils bénéficient d'un non-lieu, grâce à leur irresponsabilité, n'étant pas toujours envisagés comme assez tarés, au point de vue mental, pour être légitimement enfermés dans un asile, sont rendus à la liberté ; les autres, en apparence plus atteints, sont placés à l'asile.

S'il s'agit de paralytiques généraux, la maladie suivra son cours et les emportera bientôt ; s'il s'agit de véritables aliénés, ou bien leur état mental les maintiendra à l'asile, ou bien ils seront rendus à la liberté après guérison.

Mais s'il s'agit de ces débiles intellectuels ou moraux dont l'état est congénital, on doit se préoccuper de leur avenir, car, un jour ou l'autre, ils finissent par être rendus à la société : ils diront, en effet, que s'ils ont été envoyés à l'asile, c'est parce qu'ils ne se rendaient pas compte de la maladie qui les poussait à mal agir ; ils diront que, guéris maintenant, ils ne recommenceront plus. Et comme en fait, tant qu'ils sont l'objet d'une surveillance, ces individus se conduisent assez correctement, tôt ou tard, ils finissent par recouvrer leur liberté.

On voit facilement le chiffre auquel peut s'élever, dans les grandes villes, le nombre des « irresponsables par autorité de justice », sans parler des véritables aliénés, des dégénérés impulsifs, plus amoraux que faibles d'esprit et de bien d'autres encore dangereux de leur propre chef.

Ils sont d'autant plus à craindre que beaucoup parmi eux finissent, après une préparation spéciale et plus ou moins longue, par « travailler » pour leur compte personnel. Ils s'engagent délibérément dans l'armée du crime, avec d'autant plus de cynisme qu'ils se savent impunissables.

Tout comme les chauves-souris du fabuliste, ils évoqueront à propos devant le juge, leur faiblesse d'esprit congénitale, en sollicitant leur envoi à l'asile ; une fois à l'asile, ils récrimineront, en toutes circonstances, contre le sort, qui les accable plus durement, diront-ils, que s'ils étaient responsables et condamnés à la prison.

Pour remédier, dans une certaine mesure, à cet état de choses, il serait à souhaiter que la mise en liberté de certaines catégories de pensionnaires des asiles et notamment de ceux auxquels nous venons de faire allusion, soit entourée de garanties engageant réellement la responsabilité des personnes qui réclament la sortie de semblables individus.

Les médecins ne proposent guère, aux pouvoirs administratifs, la mise en liberté de ces déséquilibrés, avant de s'être enquis des moyens de surveillance dont disposeraient ceux, autorisés ou non, qui les réclament ; ils exigent la promesse d'assurer cette surveillance. Quelques-uns font même signer des engagements écrits ; mais autant en emporte le vent. Ce sont là des contrats de pure forme, dont les signataires connaissent le peu de valeur.

Une jurisprudence avisée ne pourrait-elle rendre ces engagements moins illusoires, puisque inopérants, en les prenant elle-même au sérieux ?

Un père, un tuteur encore, peuvent bien être rendus civilement responsables des actes d'un enfant, d'un pupille.

N'en devrait-il pas être de même pour les personnes qui s'engagent à assurer la surveillance effective des individus dont nous venons de rappeler le rôle néfaste ?

Aliénés processifs non délirants (1)

Il est fréquent de rencontrer des individus dont la majeure partie de la vie se passe dans le prétoire du tribunal, victimes de dommages illusoires ou en butte à de prétendues persécutions qui, si elles reposent parfois sur des faits exacts, prennent, à leurs yeux, une importance disproportionnée à l'incident banal qui les amène à la barre : ces individus, plus nombreux qu'on ne pourrait le supposer, sont des malades et, quelquefois même, des malades dangereux, dont le médecin-expert a souvent les plus grandes difficultés à démontrer l'irresponsabilité. Voici deux observations de ces persécuteurs processifs :

---

(1) En collaboration avec M. M. Brissot, interne du service. (*Société de Médecine légale*, séance de décembre 1908). — *Résumé*.

— N., âgé d'une soixantaine d'années, habite depuis longtemps à Paris, où il occupe un poste de confiance chez un industriel. Le père de N., qui habitait la province avec son fils aîné et son petit-fils, hérita à la mort de sa femme d'une somme de 6.319 francs (*sic*).

Après le décès du vieillard, l'entrée en possession de cette somme, réclamée par N. comme lui ayant été destinée par sa mère, fut la cause d'une interminable série d'actions judiciaires. Ayant perdu, N. tint pour responsable le Président du premier tribunal qui l'avait condamné et l'accabla de lettres d'injures et de menaces, si bien qu'on procéda à son arrestation et que l'un de nous fut chargé de l'examiner.

On ne tarda pas à s'apercevoir, d'ailleurs, qu'il avait déjà eu, vingt ans auparavant, maille à partir avec la justice, à la suite d'une faillite. Il écrivit alors des lettres de protestations à toutes les autorités, placarda des écrits contenant des injures et des menaces, si bien qu'arrêté et envoyé à l'infirmerie spéciale du dépôt, il fut interné quelque temps à Sainte-Anne avec un certificat indiquant « Excitation intellectuelle avec hallucinations, idées de persécutions, plaintes contre diverses personnes. »

Au bout de quelques années, à la suite d'une saisie, il fut arrêté pour avoir braqué un revolver chargé sur des agents de police. Dirigé, pour la seconde fois, sur l'infirmerie spéciale du dépôt, il fut remis en liberté, son état mental n'ayant pas paru suffisamment inquiétant pour justifier un nouvel internement.

On peut considérer N. comme le type du persécuté persécuteur, toujours à la recherche d'un aliment à ses revendications. Ce malade est encore plus un quérulent qu'un processif proprement dit, car, ce qui le caractérise surtout, ce ne sont pas tant ses démêlés avec les tribunaux que ses plaintes et ses réclamations continuelles aux autorités.

— K., 40 ans, a été interné il y a quelques mois, à la suite de scandale chez un huissier, avec un certificat ainsi conçu : « Délire de persécution avec interprétations délirantes et tendances processives. Récriminations nombreuses contre des avocats, des magistrats, etc. »

K., fils d'un levantin plusieurs fois millionnaire, se trouvait, à la mort de son père, en possession d'une fortune personnelle d'environ 1.500.000 fr., mais une maison de commerce qu'il dirigeait en Orient ayant périclité, il subit de grosses pertes. Dès ce jour son caractère se modifia, il devint taciturne et c'est alors que vont recommencer ses revendications maladives : à Paris, il poursuit un tailleur qui ne lui a point livré des vêtements en temps ; dans son pays, il a procès sur procès avec ses frères ; il y cause même un tel scandale qu'il est interné pendant quelque temps dans un Asile.

Revenu à Paris, il engage cette fois une action contre un mandataire qui l'avait représenté dans son procès contre le tailleur, puis contre l'avocat qui le défendait contre ce mandataire ; entre temps, il poursuit une maison de banque avec laquelle il est en contestation. Chez l'huissier chargé de ses intérêts, il cause un tel scandale qu'on l'arrête : il est dirigé sur l'infirmerie spéciale du dépôt d'où il est amené à l'asile.

Dès son arrivée dans le service, K. ne cessa d'assaillir le personnel et les médecins de multiples réclamations. Il a longtemps refusé de répondre à toutes questions sur ses démêlés judiciaires, mais à force d'insistance,

nous réussîmes à connaître les différentes péripéties de son existence, dont pas un mois ne s'écoula, sans qu'il n'eût quelque affaire.

Ce qui frappe surtout chez ces malades, c'est, d'une part : l'intégrité apparente de leurs facultés intellectuelles, et, d'autre part, avec leur attitude de victime, l'exaltation constante de leur personnalité méconnue, exaltation qui les transforme en plaideurs perpétuels. Ce qui les caractérise encore, c'est la lucidité, le développement de leurs facultés syllogistiques, leurs tendances raisonnantes, qui constituent une antithèse frappante avec la fausseté de leurs déductions, la ténacité, l'acharnement de leurs revendications. Ces gens sont de véritables persécuteurs, dont les réactions vives et rapides sont hors de proportion avec leur mobile. Ces malades, car ce sont bien des malades, sont obsédés par une idée fixe, « une idée prévalente et angoissante », selon l'heureuse expression de Sérieux. Ils ont l'obsession continuelle du dommage causé (qu'il soit réel, futile ou même illusoire) et toute leur vie est orientée vers cet unique but : se faire rendre justice par tous les moyens, même violents.

En dehors de leurs tendances revendicantes, tous ces individus, presque normaux, sont parfois d'une intelligence supérieure à la moyenne. Ce sont bien des aliénés et cependant ils n'ont pas de délire à proprement parler : ils ne font qu'interpréter d'une façon défectueuse les faits et surtout les exagérer. D'autre part, ils ne présentent parfois ni hallucinations, ni troubles sensoriels, quels qu'ils soient.

Si ces malades sont bien des aliénés, il faut aussi reconnaître qu'ils ne doivent pas être tenus pour responsables des actes qu'ils commettent sous l'influence de leurs préoccupations maladives. L'expert éprouve souvent de grandes difficultés, dans l'examen de leur état mental, et aussi, il faut l'avouer, lorsqu'il se voit dans l'obligation de démontrer aux magistrats l'état d'aberration des facultés intellectuelles de ces malheureux. Ce n'est qu'en passant en revue leur existence entière, qu'on arrive à grouper un certain nombre de faits, dont chacun, pris isolément, ne suffirait pas à entraîner la conviction, mais qui, envisagés dans leur ensemble, constituent un bloc pathologique. Il faut causer très longuement avec eux, après avoir gagné leur confiance, pour apprécier le caractère morbide de leurs préoccupations, et, lorsqu'on a acquis la certitude de leur irresponsabilité, faire la preuve qu'ils sont de véritables aliénés.

Enfin, il faut poser une dernière question : ces individus doivent-ils être internés ?

— On ne peut fixer de règle à cet égard ; ce qu'il faut savoir, c'est que ce sont, la plupart du temps, des dégénérés héréditaires, dont les réactions peuvent être violentes et dangereuses. Si quelques-uns, en effet, se contentent de dispenser leur patrimoine en frais de procès, d'autres, au contraire, sont de vrais persécuteurs, capables de commet-

tre des actes criminels. Les premiers peuvent, à la rigueur, être laissés à leurs occupations, quand leur entourage sait les surveiller, mais il appartient à la société (et c'est un devoir impérieux pour elle), de protéger ses membres contre les seconds, dont la place est à l'asile et non au milieu de leurs semblables.

Aliénés délirants processifs (1)

Il est fréquent que des aliénés soient condamnés par des tribunaux pour des crimes ou délits dont, au bout d'un temps plus ou moins long, souvent à la suite de récidives multiples, ils finissent par être reconnus irresponsables. Mais si l'on s'occupe beaucoup des erreurs judiciaires dont les aliénés peuvent être victimes, on insiste moins sur celles que les aliénés peuvent faire commettre. C'est qu'en effet on voit plus rarement, ou bien le remarque-t-on moins, des aliénés délirants mobiliser l'appareil judiciaire pour leur propre compte contre des personnes qu'ils accusent de leur vouloir du mal et de leur nuire dans leur réputation, dans leur santé ou dans leurs biens.

En voici deux cas caractéristiques :

— G. Berthe, 59 ans, vivait depuis plusieurs années avec un octogénaire dont l'appartement est séparé par la rue de celui que M. Z., garde républicain, occupe avec sa femme.

Après une longue inculpation au cours de laquelle elle observe ses voisins, les soupçonne vaguement de mauvaises intentions, croit surprendre des gestes qu'elle considère bientôt comme une preuve évidente de leurs sentiments hostiles, G. devient sujette à des illusions, des interprétations erronées, bien vite délirantes, phénomènes précurseurs des hallucinations. Enfin le délire éclate : G. prétend que les époux Z. l'insultent et la diffament, qu'ils installent chez eux, en face de sa fenêtre, des appareils électriques et à acétylène au moyen desquels ils la torturent.

Bientôt, de sa fenêtre fermée d'abord, puis grande ouverte, G. lance à ses ennemis des torrents d'injures et d'imprécations, en se livrant à une gesticulation désordonnée.

Enfin elle entame contre eux, devant la Justice de Paix, puis devant la correctionnelle une interminable procédure pour laquelle elle trouve certains hommes d'affaires qu'elle réussit à entraîner dans le sens de son délire et à convaincre de la réalité de ses griefs.

En attendant, de multiples incidents de procédure écartent toute solution judiciaire et pendant quatorze mois, cette malade bouleverse complètement la vie d'un ménage honnête et paisible, sans que celui-ci ait contre la forcenée aucun moyen de protection. Le Commissaire de Police, maintes fois avisé de la situation, répondit qu'il ne pouvait rien tant que l'aliénée n'était pas dangereuse pour la sécurité publique et il conseilla au garde

(1) En collaboration avec M. M. Tissot, interne du service. (*Société de Médecine légale*, séance de mai 1904). — *Résumé.*

républicain de déménager ; les chefs de celui-ci lui donnèrent le même conseil.

Heureusement, l'octogénaire, las enfin des excentricités de sa servante, se décida à la faire interner : actuellement, la malade est toujours dans le même état hallucinatoire.

Si, dans ce premier cas, l'affaire finit par être classée à la suite de la séquestration opportune de G., le deuxième se termine par une condamnation et, à ce titre, il est peut-être plus instructif.

— X. Marie, 54 ans, demeurant avec son mari, homme de lettres, dans la banlieue, crut remarquer que ses voisins, tous pauvres, la jalousaient, lui enviaient l'heureuse situation que lui valait la profession de son mari. Bientôt un véritable délire s'organisa à la suite de ces illusions, de ces interprétations erronées, délire appuyé par des hallucinations de l'ouïe, de la vue, de la sensibilité générale.

Elle déménage, mais au bout de quelque temps, tout recommence : elle affirme qu'un voisin la crible sans cesse d'une pluie de vitriol envoyée par un projecteur spécial.

La malade porte partout avec elle un revolver chargé, pour se défendre contre ses ennemis ; elle fait construire dans l'angle de sa maison un prétendu pigeonnier d'où elle surveille ses voisins, car tous la persécutent.

Avec son mari, qui sans partager le délire de sa femme, se laisse persuader de la réalité des faits délirants racontés par elle, la malade porte plaintes sur plaintes à la gendarmerie, au Commissaire de Police, au Procureur de la République. Plusieurs fois, soit par suite de l'absence de témoins, soit en raison des alibis fournis par le défenseur, la malade est déboutée. Mais un jour, le voisin qu'elle accuse de lui envoyer du vitriol est condamné à cinq francs de dommages, le tribunal ayant admis que des gouttes d'eau sales avaient pu tomber de la fenêtre de l'accusé.

Et les plaintes continuèrent jusqu'au jour où le mari, éclairé par un ami clairvoyant, fut convaincu de la maladie de sa femme et la fit interner.

Outre l'intérêt que ces observations peuvent présenter par elles-mêmes aux points de vue médical et psychologique. Elles comportent un enseignement : en montrant certains inconvénients et dangers qui peuvent résulter de la liberté laissée à des aliénés, elles découvrent des lacunes, sinon dans la législation actuelle, du moins dans la façon dont il semble que parfois certains représentants de l'autorité en comprennent l'application.

Les commissaires de police, notamment, doivent bien se convaincre qu'il leur appartient de prendre des mesures pour prévenir les excès auxquels les aliénés en liberté peuvent être poussés par leurs hallucinations : malheureusement il en est qui, saisis de plaintes contre des aliénés, prétendent ne pouvoir rien faire tant que ceux-ci ne se sont pas livrés à des voies de fait.

Nous avons eu dans notre service de Villejuif une malade qui se disait persécutée par sa concierge avec laquelle elle échangeait

fréquemment des propos injurieux et des menaces. La concierge alla avertir le commissaire des menaces de mort dont elle était l'objet de la part de sa locataire : celui-ci excipa de son incompétence et de son impuissance « tant qu'il n'y avait pas coups et blessures » ; la malade, elle-même, très surexcitée, se rendit à plusieurs reprises chez le même commissaire, lui contant ses ennuis, le suppliant de la garder, « car elle sentait bien qu'elle ferait un malheur », le magistrat se riait de cette folle et la renvoyait chez elle. Quelques jours après, elle tirait sur sa concierge, à bout portant, un coup de revolver et lui logeait une balle dans la tête.

Cette fois, on emprisonna la locataire assassin : un examen médical demandé conclut à l'irresponsabilité et à l'internement et l'on finit ainsi par où l'on aurait dû commencer.

Mais la difficulté gît précisément dans l'appréciation exacte du danger et les commissaires de police n'ont généralement pas les connaissances, à la vérité trop spéciales, pour discuter cette notion qui ressortit étroitement au domaine de la pathologie mentale ; car le danger, pour ne pas paraître imminent et évident, n'en existe pas moins toujours en puissance dans la main d'un persécuté. Au surplus, ce n'est pas le commissaire qui décide l'internement, mais bien le Préfet, l'article 19 de la loi de 1838 ne donnant au premier ce droit qu'en cas de danger imminent, attesté par le certificat d'un médecin ou par la notoriété publique.

Dans tous les cas, nous pensons que la loi de 1838 est suffisante, dans la mesure du possible, à garantir la liberté individuelle comme à assurer la sécurité des personnes. Quelque réforme que l'on en puisse envisager, empêchera-t-on que parfois elle ne soit éludée dans de malheureuses exceptions : Ce serait une utopie de penser qu'une législation, si parfaite fût-elle, les supprimerait, toute loi restrictive ne pouvant que tendre à réduire au minimum les abus qu'elle poursuit.

Utilisation d'un débile délirant pour commettre des escroqueries (1)

Il arrive fréquemment que des débiles, parfois des délirants, soient utilisés pour commettre des escroqueries, par des malfaiteurs agissant isolément ou en association.

Le malade présenté a été poursuivi du chef d'escroquerie, mais, en réalité, il ne fut qu'un instrument entre les mains d'un ami de rencontre, qui usa de sa débilité, plus mentale qu'intellectuelle, pour lui faire écrire à des personnages en vue de demandes de secours.

---

(1) En collaboration avec M. Jean Salomon, interne du service. (*Bulletin de la Société clinique de Médecine Mentale*, n° 5, mai 1913). — *Résumé.*

V..., 29 ans, est assez instruit ; il parle couramment plusieurs langues étrangères ; il a exercé plusieurs professions, a été dessinateur et interprète, a voyagé en Amérique comme secrétaire de personnalités connues. Il a contracté la syphilis en 1903.

Un mois environ avant son arrestation, V. fit, au restaurant, la connaissance d'un nommé B. qui le pria de vouloir bien rédiger quelques lettres d'affaires : les premières furent écrites sur papier ordinaire, signant tantôt d'un nom, tantôt d'un autre, V. y demandait soit de l'argent, soit du travail. Il ne trouvait rien d'extraordinaire à ce qu'il faisait là, agissant simplement pour rendre service à son nouvel ami.

Bientôt B. lui fit employer du papier avec en-tête, soit d'un Ministère, du Conseil Municipal ou de la Chambre des Députés. Les signatures variaient, comme aussi les adresses et le contenu de la lettre : le plus souvent, il s'agissait de demandes d'argent.

V. estimait que B. agissait « comme un très honnêtre homme » attendu qu'en échange de ses services, il lui remettait quelque argent comme rémunération.

Pourquoi a-t-on arrêté V., Il trouve que c'est incompréhensible et suppose qu'il a été trahi par B. qui, affilié à la police, l'avait dénoncé comme espion.

Ce sont là les idées de persécution qui prédominent dans le délire du malade : V. croit que depuis des années, il est en butte aux menées d'une bande dont fait partie B. ; souvent, aussi bien le jour que la nuit, il s'entend traiter d'espion ; ses persécuteurs l'accompagnent partout et lui envoient des secousses qui lui traversent tout le corps, etc...

Enfin, ce persécuté a des idées de grandeur ; il a été très riche autrefois, mais a mangé toute sa fortune ; des ouvrages très importants qu'il va publier lui rapporteront beaucoup d'argent, etc...

Ce qu'il y a d'intéressant dans cette observation, c'est qu'un escroc a utilisé l'état mental d'un délirant, pour soutirer de l'argent à des personnalités diverses. C'est, vraisemblablement, en adoptant son délire qu'il a gagné sa confiance et utilisé sa débilité.

Pourquoi agissait-il ainsi ? — Il est probable que de tels individus comptent que le débile qui, seul, aura accompli l'acte sera seul condamné et que, s'il est reconnu irresponsable, les faits ne pourront aucunement être reprochés à eux qui auront pourtant été l'élément actif du vol. Ce raisonnement est erroné.

En effet, si un crime ou un délit a été commis par plusieurs individus dont l'un a été reconnu, après examen médical, avoir agi sans discernement, quelle sera, au point de vue pénal, la conséquence de cette circonstance atténuante pour lui et pour ses complices ou co-auteurs ?

— Aux termes de l'art. 64 du Code pénal, il n'y a ni crime, ni délit, lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action.

Par conséquent, quel que soit le rôle joué par l'aliéné, il devra, s'il est déclaré tel, être mis hors de cause ; pour lui il ne peut y avoir ni crime ni délit.

Mais si l'aliéné reconnu irresponsable a été auteur principal, on

peut se demander si, pour ses complices, l'instruction, en ce qui les concerne, n'étant que l'accessoire de celle de l'aliéné, leur sort ne sera pas lié au sien, et s'ils ne devront pas bénéficier, eux aussi, de la mise hors de cause ?

Il suffit de se rapporter aux règles générales de la complicité pour répondre négativement. Il faut remarquer, en effet, que les circonstances absolvantes ou atténuantes constituent un bénéfice exclusivement personnel à celui, auteur ou complice, en faveur de qui elles sont déclarées. Par conséquent, l'individu qui, pour se mettre lui-même à l'abri, fait commettre par un dément un crime ou un délit dont il espère profiter sans risques, fait un mauvais calcul. Les instructions données pour commettre cette infraction constituent, par elles seules, un mode de complicité. Elles seront punissables, comme l'infraction elle-même, si elles sont démontrées, quelle que soit la mentalité de l'agent d'exécution.

Bouffée délirante polymorphe chez un dégénéré de 14 ans (1)

Il s'agit du cas assez rare d'un enfant de 14 ans qui nous a été amené à Ste-Anne par ses parents parce qu'il a voulu s'enfuir par la fenêtre d'un premier étage et que, depuis quelques jours, il présente un trouble mental inquiétant, tantôt à prédominance hypochondriaque et panaphobique, avec craintes d'empoisonnement, tantôt à prédominance d'hypomanie avec ébauche de maniérisme.

M... est un garçon chétif, il appartient à une famille qui, sans présenter de tares évidentes, offre néanmoins des traces de déséquilibre. Une sœur du pére est « originale », le père, lui-même, est un gros émotif. Sa mére enfin aurait présenté, il y a 5 ans, quelques troubles délirants fugaces. On ne relève aucun antécédent spécifique. Mais ce jeune garçon est un « prématuré » : sa mère a fait une chute au 8e mois de sa grossesse ; il serait né ainsi à 7 mois 1/2. Il n'a ni frére, ni sœur ; sa mère n'a pas fait de fausse-couche.

Sa première enfance a été difficile. Nourri au sein, on parvient tant bien que mal à l'élever. Il fait un ictère à 3 mois, ictére fugace et qui cède à une réglementation des tétées. On note une broncho-pneumonie à 2 ans ; nous relevons encore dans ses premières années, une rongeole, une coqueluche et une varicelle.

Il a ses premières dents à 7 mois, mais il ne commence à marcher qu'à deux ans et à parler que vers 2 ans 1/2. Pas de convulsions.

Son intelligence s'éveille normalement et, dés sa seconde enfance, il est, au dire de ses parents, curieux et attentif.

(1) En collaboration avec M. Adrien Borel, interne des Asiles, *Bulletin de la Société Clinique de Médecine Mentale* (février 1920). — *Résumé.*

Dés qu'il sait lire, il se passionne pour la lecture. A l'ecole il se montre bon éléve et studieux.

Son tempérament a toujours été « délicat ». Il a un caractère « affectueux et calin ». Un reproche le rend malade.

C'est un émotif impressionnable, il a des peurs inexplicables et il est coléreux. Enfin, parfois, il manifeste des scrupules.

A 13 ans 1/2 on le met en apprentissage chez un bijoutier. Pendant assez longtemps, il se déclare content de son métier.

Depuis un mois, quelques troubles mentaux commencent à se manifester, à la suite d'un embarras gastrique, lequel ne l'oblige cependant pas à interrompre son travail. Il y a quelques jours, il déclare brusquement à sa mére qu'il va mourir, qu'il ressent « des choses extraordinaires » qu'il n'arrive pas à préciser.

Cet état ne dure pas et M... reprend son travail ; mais avec moins d'entrain. Il craint bientôt de ne pouvoir accomplir ses tâches, croit que ses camarades d'atelier se moquent de lui. Ses parents auxquels il avoue ses appréhensions décident alors de le changer de maison.

Le 6 février, on le place dans une autre bijouterie. Il s'y montre encore aussi tourmenté. Il sait qu'on fait des farces aux apprentis nouveaux venus, ce qui le rend méfiant.

Un soir, M... prononce des paroles sans suite. Il a l'air effrayé. Il raconte qu'on lui a jeté de l'eau-forte sur la tête ; qu'on lui a mis du poil à gratter et, qu'au restaurant, on a voulu l'empoisonner avec de l'arsenic. Il est agité anxieux.

Le lendemain son état empire. Ses craintes se précisent, il traite sa mére de « vilaine femme » parce qu'elle a l'odeur de deux vilaines femmes qu'il a rencontrées. Comme celle-ci le fait coucher dans son lit pour le mieux surveiller, il lui dit qu'il a horreur d'elle, qu'il n'est pas un satyre et lui jette à la tête un objet en la menaçant. Aucune modification heureuse ne se produisant, ses parents se décident à le placer aprés qu'il eût essayé de sortir par une fenêtre.

Quand nous l'avons examiné, le 13 février, nous l'avons trouvé légérement anxieux. Il manifeste de l'inquiétude, s'agite, regarde vers la porte. Par moment, il fait, comme les hypomaniaques, des grimaces, prononce des phrases sentencieuses et empbatiques, gesticule.

Il s'exprime avec volubilité, mais toujours sur le même ton. Il réclame des explications sur ce qui se passe. Il saute d'une idée à l'autre, mélangeant, dans son discours, des idées délirantes diverses, fugaces et sans systématisation. Il reste orienté dans le temps et dans l'espace.

Son délire à caractère polymorphe roule sur des préoccupations hypochondriaques, des craintes de persécution et des idées vaniteuses et de doute.

M... reconnait qu'il n'est plus le même. Il a des maladies qu'il ne comprend pas. Il craint que son sang n'ait été remplacé par de l'humeur. Peut-être est-il plus gravement atteint qu'on ne le pense. Ses positions nocturnes sont une mauvaise maladie, un écoulement. Il subit de maléficieuses influences. Peut-être l'a-t-on hypnotisé ? Un docteur l'a peut-être endormi à moins que ce ne soit un ami de sa famille ? D'ailleurs, il a vu, au restaurant, des gens qui mettaient des poudres dans leur verre. Ils disaient que c'était du bi-carbonate, mais il se demande s'ils n'avaient pas deux poudres, et si l'une d'elles n'était pas de l'arsenic à son intention. Il lui a semblé entendre dire qu'on l'empoisonnerait. Peut-être ses parents veulent-ils se débarrasser de lui. Sa mère est une « vilaine femme. »

Comme on lui démontre l'inanité de ses conceptions : « Je ne sais pas, répond-il parfois, je ne comprends pas. Ce doit être ce que je vous dis, mais... »

Tout est exprimé par lui sous forme dubitative et l'on assiste à un essai d'interprétation. Ces interprétations ne s'arrêtent pas à la période actuelle et remontent bien en arrière, aussi recherche-t-il dans son passé l'explication de ce qu'il ressent aujourd'hui.

Il nous dit qu'il a toujours été sujet à des frayeurs irraisonnées, suivies d'obsessions : Une fois, il a vu un petit lapin mort tué par sa mère et dont il a eu peur. Ce souvenir lui est resté. « Peut-être était-ce un indice ? »

Un jour, il a caressé un cheval de corbillard. Ce cheval a dû lui donner la mort. C'est pourquoi il est malade. Il craint à chaque instant de s'être sali les mains. Comme un chien rentrait dans la salle, il sursaute en s'écriant : « Faites-le partir ; il va me donner la rage », puis ajoute : « Peut-être l'ai-je déjà depuis quelque temps. » Dans une autre circonstance il raconte : « J'ai été dans l'autobus à côté d'un homme. Il m'a regardé... une femme aussi m'a regardé.. Ce sont peut-être eux qui m'ont endormi... »

Un matin, il nous avoue : « Je doute de tout. Je ne sais plus où j'en suis. C'est affreux. C'est un doute affreux. »

M... a aussi quelques illusions de la vue et de l'ouïe. Il voit un bâton dans un coin, c'est un serpent. En entendant parler dans la pièce à côté il reconnaît la voix de son père. Il a aussi de fausses reconnaissances. A une personne entrant dans la pièce il dit : « je crois vous reconnaître... » puis il ajoute : « Non, je me suis trompé. » Il s'excuse en ajoutant : « le monde n'est plus le même. Tout est changé autour de moi. »

Le lendemain, les grimaces, les attitudes prétentieuses ont disparu. L'excitation est tombée. M... parle à voix basse, plaintivement, avec effort parfois. Nous entrons dans un stade net de dépression avec les idées hypochondriaques. Ses craintes augmentent. Il sent tous les aliments qu'on lui donne. Il écrase un biscuit apporté par sa mère afin de voir le poison qu'il peut y avoir dedans... Il refuse de s'alimenter, mais finit par manger après quelques remontrances. Des idées d'indignité se font jour ; il a horreur de lui. On ne peut arriver à lui faire avouer pourquoi.

Les moindres bruits l'épouvantent ; il regarde avec inquiétude sous son lit. Il doute de tout. Ses parents sont-ils bien ses parents ? Il sait qu'il est à Sainte-Anne, mais « est-ce bien vrai ? »

Le 15 au matin, même préoccupations anxieuses avec agitation. Il déclare que son haleine sent mauvais. Le fond du délire n'a pas changé.

A 5 heures du soir, nous constatons une transformation complète. M... est enjoué, content... : « j'ai été fou, nous expose-t-il, je vous ai dit des bêtises, ce n'était pas vrai ce que je racontais. »

Le 16, l'excitation augmente ; il est très gai, se déclare content d'être à l'Asile, et ne s'inquiète que de savoir quand il verra sa famille. Nous retrouvons quelques attitudes maniérées de la satisfaction ; il fait des grimaces, devient loquace, rit de bon cœur.

Si nous lui rappelons ses idées délirantes, il en rit : « Ce n'était pas moi » ; mais il ajoute brusquement : « Je sais pourquoi je suis venu ici. On a cru que j'avais commis un crime, que j'avais les mains gantées en caoutchouc... » Or, pour étudier son attention, nous lui avons fait lire, deux jours auparavant, un fait divers où il était question de voleur ganté.

Si on insiste on réveille ses obsessions et ses idées de doute... Il n'est pas très sûr de ne pas avoir été endormi.

En somme, nous avons assisté, chez cet enfant, à une suite d'états mixtes dans lesquels prédominaient tantôt l'excitation tantôt la dépression.

En même temps se manifestait un délire polymorphe peu cohérent avec préoccupations hypocondriaques, obsessions, craintes de persécution et d'influence, phobies diverses, interprétations délirantes, illusions visuelles et auditives, idées de doute.

Comme signe physique de dégénérescence, notre jeune malade présente du prognathisme. Les pavillons de l'oreille sont larges et décollés. Les organes génitaux sont peu développés.

Les réflexes sont normaux. Pas de troubles de la sensibilité.

A quoi rattacher le syndrome présenté par cet enfant ? Il y a un mois, il aurait eu un léger embarras gastrique que suivit l'apparition de quelques idées mélancoliques.

La bouffée délirante actuelle est-elle la suite de cet état fugace et un état gastro-intestinal serait-il la base du délire actuel ? Ce jeune garçon, d'autre part, est à l'âge de puberté. Les deux causes peuvent avoir agi simultanément.

Nous avons relevé ses antécédents, son hérédité névropathique et noté, aussi, qu'il est un prématuré. Nous avons vu encore qu'il présente quelques signes physiques de dégénérescence.

Nous pouvons espérer qu'il ne s'agit, chez lui, que d'une bouffée délirante de dégénéré. Le pronostic devra, cependant, être réservé, car si ces états à délire polymorphes, imprécis, flous et changeants sont parfois curables, cette succession d'états dépressif et d'excitation, accompagnés de maniérisme, ne sont souvent que le prélude d'un état confusionnel, précurseur lui-même de la démence.



Nombreux rapports d'expertises médico-légales pour les juges d'instruction, les tribunaux de première instance, la Cour d'Appel, la Cour de Cassation, la Cour d'Assises et les Conseils de guerre.

Médecine légale de guerre

Les comitiaux à l'armée [1]

L'*Instruction sur l'aptitude physique au service militaire*, à l'article 53 du chapitre relatif aux affections des centres nerveux entraînant l'inaptitude, dit que « l'épilepsie (mal comitial) *motive* l'exemption et la réforme ».

Il en résulterait que tout soldat, atteint d'épilepsie, doit être réformé, n'eût-il un vertige comitial tous les deux ou trois ans, si cet accident est *constaté*. Mais, d'autre part, dans le chapitre qui précède la nomenclature des cas de réforme, il est spécifié que « certaines maladies, infirmités ou vices de conformation » qui permettent parfois d'utiliser un homme dans le service auxiliaire ou même dans le service armé « peuvent cependant *légitimer la réforme* quand elles atteignent certains degrés », une nomenclature qui comprend en même temps « les affections absolument *incompatibles* avec le service militaire » : et dans cette nomenclature figure l'épilepsie constatée, qu'il soit établi aucune distinction entre l'épilepsie essentielle et l'épilepsie symptomatique d'une intoxication ou du type Bravais-Jackson.

Cet exposé ne fait, à première vue, que confirmer le caractère impératif de l'art. 53 et, cependant, il ne découle pas de cet article que tout épileptique doive être obligatoirement réformé.

En effet, le chapitre 3 de l'*Instruction*, auquel sont empruntées les lignes qui viennent d'être reproduites, est intitulé : « Maladies, infir-« mités ou vices de conformation *susceptibles* de motiver l'ajourne-« ment, l'exemption..., la réforme définitive ou la réforme tempo-« raire ».

La diversité des termes dans lesquels sont mentionnées les restrictions formulées dans les nomenclatures des différentes affections qui y sont énumérées autorise à croire que le rédacteur de l'*Instruction* a eu la pensée d'établir des degrés dans les indications qu'il donne aux médecins de l'Armée.

D'ailleurs, cette même *Instruction* ajoute que les médecins militaires « n'assistent le Conseil qu'à titre d'experts » et elle spécifie qu' « ils ne doivent employer aucune expression pouvant présenter

---

(1) Extrait d'une communication faite à la *Société de Médecine légale de France*. (Séance du 13 juillet 1913).

« un caractère impératif et laisser supposer qu'ils émettent une déci-
« sion qui, aux termes de la loi, ne peut être prononcée que par le
« Président... »

Les limites étroites d'une nomenclature forcément incomplète, ne doivent donc pas entraîner le médecin-expert qui, autrement, en arriverait à exempter de toute obligation militaire des hommes présentant, à l'état fruste, bien que certaine, une affection ne créant aucune inaptitude.

L'index d'étiage limitant l'aptitude doit donc être laissé à l'appréciation du médecin-expert. L'*Instruction*, elle-même, le spécifie, quand elle dit : « La présente *Instruction* ne saurait être considérée comme
« un code de prescription absolue ; mais les indications qu'elle con-
« tient, combinées judicieusement avec les résultats de chaque exa-
« men individuel, doivent diriger les médecins et peuvent concourir
« à éclairer les membres du conseil chargé de statuer. »

Sans cette latitude laissée au médecin-expert, des milliers d'hommes échapperaient à l'Armée parmi certains comitiaux qui, cependant, peuvent être utilisés dans les services auxiliaires et même dans le service armé.

Et le nombre des comitiaux est considérable : Legrand du Saulle l'estimait à 40.000 et, depuis 30 ans, les progrès de l'alcoolisme n'ont pas dû abaisser ce chiffre. Si un tiers de ces malades demeurent hospitalisés et, de ce fait, inutilisables, il en reste près de 30.000 pour la moitié desquels, en raison de leur âge, il y aura lieu de procéder à un examen sur l'aptitude au service au cours de cette mobilisation.

Comme parmi ces soldats il s'en trouve des milliers n'ayant que de courtes manifestations comitiales (attaques, vertiges ou équivalents), non suivies de délire et ne se renouvelant qu'à de rares intervalles, un chiffre énorme de réformables pourrait fournir d'excellents combattants, alors que, d'autre part, le nombre de ceux susceptibles d'être affectés au service auxiliaire sera encore plus considérable, si ni les uns ni les autres ne sont nécessairement réformés.

Afin de les présenter devant les commission de réforme, sans faire jouer automatiquement l'article 53 et, toutefois, sans rien cacher de leur état à la commission chargée de statuer, nous nous sommes arrêtés à la rédaction suivante applicable aux épileptiques n'ayant que de courts et rares vertiges ou attaques et, par conséquent, très utilisables comme non combattants : *troubles nerveux, à manifestations intermittentes, incompatibles, en raison de leur forme, avec le service armé mais compatibles, en raison de leur rareté, avec le service auxiliaire.*

Cette formule peut s'appliquer à beaucoup de convulsivants (hystéro-épileptiques, comitiaux, Jacksonniens, etc.).

Pour ce qui est des soldats sujets à des manifestations comitiales se présentant à des intervalles de plusieurs mois et sans délire consé-

cutif, nous les renvoyons simplement à leur corps avec l'indication qu'en cas d'attaque un simple repos de 24 heures à l'infirmerie suffira pour les remettre en état de remplir leurs obligations.

Enfin, les alcooliques chroniques et les absinthiques et autres intoxiqués par des convulsivants, sont, après traitement, renvoyés à leur régiment, accompagnés d'une mention indiquant la nécessité de les surveiller au point de vue de leurs habitudes éthyliques.

Les fugueurs à l'armée (1)

En temps de guerre, si le « type fugueur » proprement dit, c'est-à-dire celui qui, par impulsions, éprouve le besoin irrésistible de se déplacer, n'est pas très commun, les hommes qui, pour des causes diverses, abandonnent leur poste sont assez nombreux.

S'il en est qui sont purement et simplement des déserteurs, il en est d'autres qui sont des anormaux dont la responsabilité est à déterminer. Parmi eux figurent des représentants de toutes les formes mentales, depuis les déments qui, dans leur errance, s'en vont sans savoir où ni pourquoi, des alcooliques chroniques en cours d'ivresse délirante ou de période onirique, des débiles qui reviennent, pour quelques jours, chez eux sans permission, des épileptiques en proie à un délire post-comitial, des vésaniques, des obsédés, jusqu'à des confus, par traumatisme cérébral ou violent choc moral, affolés ou angoissés, etc., etc.

Tout d'abord, la sincérité de ces fugueurs peut être mise en suspicion : elle est d'autant plus difficile à établir que, le plus souvent, les dires de l'inculpé échappent au contrôle direct, ses explications étant surtout d'ordre subjectif.

Aussi, est-ce seulement par des comparaisons avec des faits analogues indiscutables et en superposant les symptômes allégués à ceux observés dans les cas types, que l'expert se formera une opinion.

D'une manière générale, la première fugue remonte au jeune âge. Il est donc important, pour le médecin-expert, mis en face d'un soldat qui lui est amené pour désertion ou abandon de poste, de rechercher dans les antécédents personnels du sujet si, dès l'enfance ou l'adolescence, il ne s'est pas montré fugueur.

— A., après une fièvre typhoïde contractée à l'âge de huit ans, était resté « simple d'esprit » : dès l'enfance, il se montra sujet à des fugues, quittant sans raison les chantiers où il travaillait. A 19 ans, il s'engagea, mais, un

(1) Extrait d'une communication faite à la *Société de Médecine légale de France.* (Séance du 8 février 1915).

beau jour, déserta, prétendant avoir agi dans un « moment d'égarement » ; il fut soumis à un examen mental qui était en cours au moment de la mobilisation. Plus débile que pervers, A. est dépourvu de tout frein rationnel contre ses désirs et ses instincts ; il est impulsif parce que débile et fera, vraisemblablement, de nouvelles fugues toutes les fois que son impulsion l'y portera.

Un non-lieu a été rendu en faveur de A. qui, reconnu impropre à tout service, a bénéficié de la réforme n° 2.

— H., fugueur dès le jeune âge ; engagé dans la marine, il se laissa entraîner à toutes les suggestions malsaines et, après de nouvelles fugues, fut finalement réformé pour « troubles mentaux et monomanie de la déambulation » en décembre 1912. Au moment de la mobilisation, sans parler de sa réforme, il contracta un nouvel engagement mais fut versé dans le service auxiliaire. Trois jours après cette décision, qu'il cacha, il signa un troisième engagement : envoyé au front, il y fit bravement son devoir pendant un mois, puis, un jour, fut pris de l'idée de partir, avant qu'un combat dans lequel sa formation était engagée, ne fut terminé. La peur ne paraît avoir été pour rien dans cet acte qu'on aurait pu prendre pour une fuite : après différentes aventures, il se constitua prisonnier.

Une double hérédité morbide pèse sur H. : son grand-père paternel était un anormal menant une vie irrégulière remplie d'excentricités ; des deux frères de ce grand-père, l'un, officier, serait « mort de colère » à la suite d'un incident de service ; l'autre succomba dans un Asile d'aliénés. Le père de H. fut un vaniteux prodigue dont deux frères étaient enclins aux fugues. La mère du malade est une persécutée hallucinée anxieuse ; une sœur de la mère est morte dans un Asile où elle avait été internée comme persécutée. Un cousin de la mère est un médecin illustre, père d'enfants anormaux et mort aliéné.

H. a eu deux frères : l'un est un mystique qui, fugueur, présente, en outre des idées de persécution accompagnées d'hallucinations ; le second est un impulsif kleptomane.

L'hérédité conjuguée qui pèse sur H. en a fait un débile à la fois de l'intelligence, de la volonté et de la moralité ; c'est un malheureux impulsif qui n'est capable d'aucune résistance. C'est impulsivement qu'il accomplit ses fugues, aussi ne pouvait-il être tenu pour responsable des actes qui lui sont reprochés : il a bénéficié d'un non-lieu et a été réformé.

Certains émotifs, sujets à l'anxiété, s'angoissent pour un motif souvent peu justifié, ou encore à volonté amoindrie et, par suite, facilement accessibles au découragement, abandonnent leur poste dans un moment d'affolement qu'ils ne tardent pas à regretter :

— E., 40 ans, dès sa mobilisation était préoccupé par la crainte de ne pouvoir effectuer de marches : une visite médicale amena deux médecins à constater qu'il était impropre à la marche, mais un troisième affirma qu'il y mettait de la mauvaise volonté. Persuadé qu'il ne pouvait faire campagne, prévoyant que l'impossibilité où il se trouvait de faire ce qu'on exigeait lui

attirerait les pires ennuis, H. finit par penser qu'il ne retrouverait sa tranquillité qu'en abandonnant son régiment ; il partit, angoissé, sans mesurer les conséquences de son acte, sans prévoir même ce qu'il ferait dans la suite.

De même, céda-t-il sans résistance aux sollicitations de son cousin, quand celui-ci, trois jours plus tard, lui conseilla de se constituer prisonnier.

La fuite de E. qui n'était ni inconsciente, ni amnésique, ni irrésistible, ne relève pas d'un trouble intellectuel proprement dit. Elle fut, par contre, d'ordre émotionnel, et le caractère d'impulsivité, très relative, qui détermina E. à l'accomplir sans lutte et de façon à peu près passive, s'éclaire par la connaissance de l'état de dépression habituelle dans lequel se trouvait l'inculpé, qui était plongé dans une profonde tristesse depuis la mort de sa femme.

En proie à cette dépression morale et physique, il présentait, en raison de cet état, à la fois une aptitude spéciale au découragement et une passivité aboulique à l'égard des sollicitations nées de ce découragement.

La sollicitation à la fugue a été, dans une certaine mesure, consécutive au désordre émotionnel provoqué par le sentiment de l'incapacité physique et de l'impossibilité de fournir l'effort exigé ; la désertion a été accomplie de façon à peu près irréfléchie, par un sujet lucide, mais aboulique et découragé.

E. a bénéficié d'un non-lieu ; il a été, depuis, reconnu peu apte à la marche et classé dans le service auxiliaire.

A côté de cette observation pourrait prendre place celle d'un officier supérieur qui, dans des fonctions de la plus haute importance, abandonna son poste à un moment où sa présence y était des plus nécessaires, et cela dans un moment d'affaiblissement physique et de découragement moral, sans prendre aucune des précautions élémentaires qu'il eût été impérieux de prévoir dans les circonstances particulières où était cet officier, circonstances qu'on ne saurait exposer sans le faire reconnaître.

L'une des conclusions de l'expertise dont nous avons été chargé avec le Professeur Thoinot et le Docteur Besançon, médecin des hôpitaux, indique de quels troubles somatiques avait été frappé cet officier au cours d'une campagne trop fatigante pour un homme de 65 ans :

M. X., paludéen syphilitique est atteint d'artério-sclérose à manifestations multiples, les unes physiques (hypertension artérielle, ictus légers, hémiplégie fruste) ; les autres psychiques, accès confusionnels transitoires, début d'affaiblissement intellectuel.

Après plusieurs nuits d'insomnie et de surmenage, cet officier avait

été frappé d'ictus cérébraux l'ayant momentanément plongé dans un état confusionnel qui lui avait fait quitter le front, sans regarder derrière lui, ni même se faire remplacer dans son poste cependant prépondérant. Il ne pouvait être considéré comme responsable de l'acte dont l'autorité militaire lui demandait compte.

Les aliénés, en proie à un délire plus ou moins actif, accomplissent, parfois, sous l'influence de leur hallucination, des fugues dont le caractère pathologique ne peut prêter à aucun doute :

— O., six années d'infanterie coloniale et neuf années de Légion étrangère, puis libéré, reprit son métier de menuisier. Intempérant dès l'adolescence, il eut, brusquement, en 1913, un accès de délire alcoolique, qui dura quatre jours et provoqua une fugue dramatique à travers champs. Le réveil de ce délire onirique s'est fait lentement et incomplètement.

Depuis la disparition de l'épisode onirique, qui se situe en février 1913, jusqu'à l'heure actuelle, O. est demeuré un halluciné et ses idées de persécution se sont de plus en plus cristallisées. C'est un dégénéré dont la déséquilibration s'est marquée par une appétence précoce pour l'alcool. Pendant son service militaire, il a eu, en 15 ans, 493 jours de prison pour délits récidivants se rapportant tous aux réactions habituelles de l'alcoolisme, parmi lesquelles : abandon de poste, absences illégales, fugues, etc. Reconnu irresponsable, ce fugueur délirant a été interné dans un Asile.

Certains fugueurs peuvent, cependant, être utilement employés dans les corps expéditionnaires :

— F., fils d'une mère internée dans un Asile et neveu d'une sourde-muette, 40 ans ; dans son enfance, fit fugue sur fugue. A 18 ans, il s'engagea dans l'infanterie de marine et, après 8 mois de service accompli d'une façon normale, il partit tout à coup sans but : arrêté, il évita d'être considéré comme déserteur en s'offrant pour prendre part à une expédition à Madagascar. Là, en deux ans, il fit trois fugues dans l'île, errant à l'aventure dans les bois, pour revenir tout honteux à son cantonnement quelques jours après : libéré, en trois ans, il occupa vingt emplois quittés successivement sans motif. A 25 ans, F. s'engagea à la Légion étrangère : ses absences illégales lui valurent un envoi aux compagnies de discipline. Quelques années après, il signait un nouvel engagement pour le Tonkin, où il fit encore plusieurs fugues, puis un dernier engagement pour le Maroc, au cours duquel, sous l'influence de la boisson, ses absences illégales le ramenèrent aux compagnies de discipline où il passa la fin de son temps.

Au début de la campagne contre l'Allemagne, il s'engagea de nouveau : un jour, étant en état d'ivresse, il frappe un homme de garde et est condamné à deux mois de prison qu'il n'accomplira qu'après la guerre, mais le soir même de sa condamnation, il partait pour Paris où, après avoir erré quelque temps, il se rendait à l'Etat-major de la Place ; de là, on le réexpédiait sur sa garnison ; la semaine suivante, il se dirige vers la gare, saute dans un train en partance sans se préoccuper de sa direction. Arrêté une dernière fois pour désertion, il bénéficie encore d'un non-lieu. Son plus grand désir est d'être engagé au front.

Il est enfin certains instables, à demi-responsables, et, par suite, dangereux aussi bien dans la vie civile qu'à l'Armée :

— Ag., de l'infanterie coloniale, se trouvait, depuis la mobilisation, à son dépôt où, ennuyé de son inaction, il s'était mis à boire : sous l'influence de l'excitation confuse de l'ivresse, il a fait, coup sur coup, deux fugues, prétextant, pour toute excuse, qu'il avait « oublié de rentrer ». Déjà, pendant les cinq années de son engagement, il avait plusieurs fois disparu, toujours après avoir bu.

La mère de Ag. a été internée pour débilité mentale et délire mélancolique avec anxiété, hallucinations et délire de persécution.

Ag. est atteint, d'une part, de débilité mentale, d'autre part, et surtout, de débilité morale avec perversions instinctives.

Son odyssée est celle du débile pervers ; il a déjà présenté, au cours des étapes de l'apprentissage et du service militaire, les diverses réactions épisodiques : irritabilité, fugues au cours d'un accès ébrieux, tendances toxicomanes, tentatives de vol, port d'armes prohibées, etc. Sa vie se poursuivra, vraisemblablement, par la répétition de délits et de réactions anti-sociales, qui contribueront à l'enrichissement d'un dossier, à la fois administratif, judiciaire et médico-légal.

Dans le déterminisme de la faute pour laquelle est actuellement poursuivi Ag., l'ivresse est vraisemblablement intervenue, mais cette ivresse est, elle-même, une des manifestations des tendances perverses originelles du sujet.

La place de Ag. serait dans un des asiles de sûreté, dont on a vainement demandé la création.

D'ailleurs, si certains fugueurs sont vraiment incapables de résister à leurs impulsions, il en est beaucoup qui seront retenus par l'imminence d'un châtiment sévère. Le fugueur, plus que tout autre, a besoin de sa liberté : la crainte de la prison pourra donc marquer, pour beaucoup d'entre eux, le commencement de la sagesse et modérer leurs besoins, si l'impulsion n'est pas trop impérative.

Il est, toutefois, un écueil que l'expert doit éviter et qui résulterait de l'envoi au front de sujets susceptibles d'occasionner du désordre, de causer du désarroi parmi les combattants.

Le service auxiliaire pourra en utiliser quelques-uns sans qu'on ait rien de bien grave à redouter du fait de leurs escapades, si elles se renouvellent.

De « l'état antérieur » dans l'appréciation de l'invalidité résultant d' « accidents de guerre » (1)

La Société de Médecine légale s'est occupée, à plusieurs reprises, de la question du rôle de « l'état antérieur » dans les accidents du travail : il résulte des débats soulevés par ce problème que le caractère forfaitaire du contrat réglant les rapports de l'ouvrier et du patron enlève à « l'état antérieur » toute influence dans la détermination du *quantum* de l'indemnité due à l'accidenté. La jurisprudence semble pencher vers cette doctrine.

La même manière de voir est-elle applicable lorsqu'il s'agit, non plus d'un accidenté du travail, mais d'un accidenté de la guerre ?

Voici un fait clinique pour lequel se pose cette question :

Un fantassin, âgé de 29 ans, en traitement au Val-de-Grâce, est atteint d'épilepsie Bravais-Jacksonienne. Or, il a eu la rougeole à 5 ans, une otite gauche quelques mois après et, à l'âge de 6 ans, il aurait été traité pour un « commencement de méningite. » Au moment de la conscription, une surdité de l'oreille gauche a motivé sa mise au service auxiliaire; à la mobilisation, il a d'abord servi comme auxiliaire, en qualité d'ouvrier manutentionnaire, puis, versé dans le service armé, il fut légèrement blessé par un éclat d'obus dans la région dorsale droite: pendant qu'il était en traitement à l'hôpital, il fut atteint d'une fièvre typhoïde, au déclin de laquelle il eut sa première crise Bravais-Jacksonienne.

L'examen du malade a montré qu'il présente une légère réaction méningée que nous sommes portés à attribuer à l'action de l'infection typhique : cette infection aurait ainsi réveillé un vieux foyer méningitique et déterminé les crises d'épilepsie. La question qui se pose alors est la suivante : Y a-t-il lieu de tenir, ou non, compte de l'existence de l'ancien foyer méningitique, bien antérieur à tout service militaire du malade ?

En raisonnant médicalement, on pourra dire : si le malade était déjà atteint de méningite latente, avant sa fièvre typhoïde contractée au service militaire, le réveil de sa méningite, accompagnée d'épilepsie Bravais-Jacksonienne, ne peut être mis, dans son entier, sur le compte direct de la fièvre typhoïde. En ce cas, deux solutions sont à envisager :

a) Ou bien la responsabilité de l'Etat peut être considérée comme n'étant nullement engagée et alors le militaire sera renvoyé, purement et simplement, avec la réforme n° 2.

---

(1) En collaboration avec le Dr Roubinovitch. (*Société de Médecine légale*, Séance du 10 janvier 1916). — *Résumé*.

b) Ou bien, il y aurait lieu d'apporter à la responsabilité de l'Etat un certain tempérament et accorder au soldat une réforme n° 1, avec une pension de retraite réduite ou une gratification plus ou moins limitée.

Mais, au point de vue juridique, on pourra dire, en se plaçant sur le terrain purement forfaitaire, que, si l'Etat a engagé, comme militaire, un homme déjà atteint de méningite latente, il ne l'a fait qu'à ses risques et périls : donc la fièvre typhoïde, contractée par le militaire en service, engage la responsabilité toute entière de l'Etat, aussi bien pour cette maladie infectieuse que pour toutes les suites et complications pathologiques que cette affection nouvelle a pu réveiller ou provoquer.

Citons un autre cas qui se rapproche de celui-là :

Dernièrement, à la Commission de réforme n° 1, a été présenté un militaire que l'Etat a engagé borgne et qui avait perdu, dans un combat, l'unique œil qui lui restait. Devenu, de ce fait, aveugle, le militaire a obtenu, de la Commission, une pension de retraite correspondant à la perte totale de la vue. La Commission a jugé que ce militaire avait droit à la même indemnité qu'un soldat à qui une blessure de guerre aurait enlevé l'usage des deux yeux. Dans cette circonstance, la Commission n'a donc tenu aucun compte de l'état antérieur.

Ce n'est pas à une époque au cours de laquelle se manifestent des tendances de plus en plus marquées, à assimiler les maladies professionnelles aux accidents du travail, à l'heure où, après avoir proclamé « le droit de l'assistance », on le codifie par des lois à tendances libérales, ni, surtout, où tant de modestes héros ont versé leur sang pour la France, que nous voudrions que soit contesté le droit, indiscutable et absolu, de tout invalide de la guerre, à une large et généreuse indemnité pécuniaire.

Et cependant la répercussion financière de la guerre est telle qu'il est opportun d'envisager, dès maintenant, sinon de résoudre, cette grosse question de l' « état antérieur » en ce qui concerne les accidents de guerre, blessures ou maladies.

Si, pour écarter l'examen de « l'état antérieur » dans les accidents du travail, la jurisprudence se base sur ce fait que le contrat intervenu entre le patron et ses ouvriers est forfaitaire, doit-on admettre que celui qui lie l'Etat à l'Armée, soit de cette nature ? Y a-t-il même un contrat, au sens juridique du mot ? Ou s'agit-il d'un impôt, obligatoirement dû, celui du sang ?

Dans l'hypothèse du contrat forfaitaire, l'Etat, pour le rendre moins onéreux, devrait prendre les mêmes précautions que certains patrons qui n'embauchent que des ouvriers exempts de toute tare physique ; mais, alors, nous serions amenés à craindre qu'il ne prive l'Armée d'hommes, à la vérité, moins robustes que beaucoup d'autres, mais,

néanmoins, susceptibles de collaborer utilement à la défense du territoire. Semblable doctrine ne serait pas soutenable.

On doit donc se féliciter de ce que beaucoup de militaires, autrefois reconnus inaptes, aient défendu la France, malgré que leur « état antérieur » fût susceptible de les rendre plus vulnérables.

Bon nombre d'entre eux, ont vu une blessure ou une maladie contractée à l'Armée, s'aggraver du fait de leur prédisposition antérieure et il est hors de doute que, de ce fait, les charges du pays ont été considérablement alourdies.

La question de l'état antérieur est donc de celles qui surgissent fatalement, en raison des intérêts engagés : d'une part, le droit de tout blessé à une indemnité, en rapport avec la diminution de sa capacité de travail ; d'autre part, le devoir de la nation, en des temps où l'on peut dire que « l'Etat, c'est... nous », de proclamer, au nom de la solidarité, le droit à une indemnité pour les « accidentés de la guerre », mais de n'accorder la compensation due que dans la mesure où ce droit aura été, cliniquement et juridiquement, établi.

Rôle de la complicité dans la simulation ou la provocation des maladies (1)

Dans la perpétration d'un délit, il y a parfois, dans la coulisse, ignoré, ou tout au moins non poursuivi, un complice plus coupable que le coupable lui-même : j'ai montré, notamment, « le danger que font courir à la société les faibles d'esprit utilisés pour commettre des escroqueries », la facilité avec laquelle un individu quelconque peut trouver, dans son entourage, l'occasion de commettre une faute à laquelle il n'aurait peut-être pas songé en d'autres occasions, existe aussi naturellement en temps de guerre.

L'histoire des militaires dont il est question ici s'ajoute à toutes celles qui ont trait à la simulation des maladies dans l'armée, mais elle ouvre une nouvelle vue sur les procédés classiques déjà connus de tous les médecins militaires.

— B., jeune soldat de 19 ans 1/2, est entré au service central de Psychiâtrie du Val-de-Grâce, évacué d'un hôpital de Paris, comme suspect de s'être provoqué de l'ictère par absorption d'acide picrique. Il ne tarda pas à avouer la vérité : B. habitait à Paris avec sa mère et la faisait vivre de son travail. Au début de la guerre, alors qu'il n'avait pas 18 ans, il contracta un engagement. Ayant obtenu une permission de six jours, il vint les passer dans sa famille : c'est à ce moment qu'il fut muni, par sa

(1) En collaboration avec le Dr Haury. (*Société de Médecine légale de France*. Séance du 14 février 1916). — *Résumé*.

mère, des paquets d'acide picrique dont il usa plus tard ; sa mère, qui avait été très attristée par son départ, le supplia de prendre cette poudre « afin, disait-elle, qu'il puisse se reposer pendant une quinzaine de jours. » Trois jours après son retour au front, B. commença à prendre les doses d'acide picrique et ne tarda pas à présenter les signes d'un ictère léger. Entre temps, sa mère mourut et il obtint une nouvelle permission de six jours pour l'enterrement : à Paris, il reprit dix nouvelles doses d'acide picrique et fut hospitalisé jusqu'au jour où on nous l'envoya.

Il est manifeste que la suggestibilité de B. et l'insistance de sa mère interviennent chacune pour leur part. Comme il est très certain que B. a été, jusqu'à un certain point, victime de sa mère, on a le devoir de se demander si la complicité de celle-ci, dans la faute commise par son fils, n'a pas été aidée et favorisée, d'une façon que nous ignorons malheureusement et si cette femme, déjà malade, n'a pas suggéré à son fils une idée qui lui venait d'un de ces trafiquants interlopes prêts à faire argent de tout, et dont l'exécution lui a été préparée par des gens se livrant à la vente clandestine des drogues.

Cette hypothèse est des plus probables, étant donné tout ce que l'on sait d'analogue et, surtout, ce que va nous révéler, sur des complicités cachées, l'histoire même de notre second malade.

— X. était en permission de sept jours à Paris quand, après avoir bu, il rencontra un individu qui l'aborda et l'emmena boire à nouveau ; là, l'inconnu proposa à X. de lui faire, moyennant cinq francs, une piqûre qui lui permettrait d'obtenir un repos de trois semaines à un mois. X. ayant accepté, l'inconnu le piqua entre le médius et l'annulaire avec l'aiguille d'une seringue qui contenait du pétrole.
Un phlegmon de la face dorsale de la main se déclara, mais le chirurgien qui opéra X. soupçonna son origine et X. avoua son aventure, ajoutant qu'il n'avait jamais entendu parler de phlegmon provoqué comme le sien et que, par conséquent, il n'aurait jamais eu l'idée de s'en donner un, si on ne la lui avait suggérée.

Il y a, dans ce dernier cas, une véritable exploitation de la maladie provoquée ; dans le premier cas, sans doute aussi, car la mère du malade, ignorante, n'a vraisemblablement pensé à lui procurer de l'acide picrique que parce que l'occasion lui en a été fournie, directement ou indirectement, par un mercanti professionnel.

Aussi, au moment où des maladies simulées ou provoquées sont signalées de divers côtés, y a-t-il lieu, peut-être, de poser devant la médecine légale et devant la société, le problème de la complicité en matière de maladies simulées.

Ne serait-il pas utile d'exercer une surveillance spéciale partout où abondent les permissionnaires, aux alentours des gares, dans les cafés et dans les endroits plus ou moins louches où peuvent s'exercer d'aussi coupables industries.

Mais il ne faut pas oublier que le rôle de la complicité ne s'exerce

pas qu'à l'arrière : il existe également au front où le phlegmon au pétrole est des plus fréquents ; il y prend seulement des formes un peu différentes en raison du fait que les complices sont, en général, des camarades de régiment. Il y a même, à l'avant comme à l'intérieur, un véritable tarif pour ces coupables opérations.

En outre, par contagion, l'exemple des autres peut également entraîner les faibles.

Au front comme ailleurs, on ne viendra à bout de ces supercheries et de la contagion qui les répand qu'en sévissant, non seulement contre ceux qui s'en rendent coupables, mais aussi en poursuivant tous ceux qui, à un titre quelconque, interviennent comme complices, ajoutant leur action personnelle à la contagion inévitable de tels actes.

L'autorité militaire est, aujourd'hui, mise en garde contre la répétition de pareils faits, mais elle doit naturellement viser à l'empêcher en atteignant les complices, qu'ils se trouvent à l'arrière ou à l'avant.

La répression de semblables faits ne sera complète qu'autant qu'ils pourront être atteints dans leur origine et que les principaux coupables qui se cachent seront également poursuivis. C'est dire qu'il faudra toujours penser à la possibilité de complicités, afin d'en rechercher les auteurs, où qu'ils soient et sous quelque aspect qu'ils se présentent.

Les obsédés sur le champ de bataille (1)

Il est des émotifs qui ne peuvent supporter certaines visions d'horreur : la vue du sang, celle d'un cadavre détermine, chez eux, des obsessions occasionnant d'angoissantes terreurs.

Qu'advient-il de ces prédisposés, sur le champ de bataille, en face du spectacle des blessés perdant leur sang, parmi des amoncellements de cadavres ?

Les souffrances morales provoquées par ces scènes terrifiantes sont telles, pour certains émotifs, que leur raison finit par sombrer complètement sous le poids d'obsessions de cette nature.

Pour d'autres, le syndrome émotif a débuté brusquement par un état confusionnel plus ou moins amnésique, mais manifeste : ils ont été projetés en l'air ou recouverts de terre par l'éclatement d'un obus ou simplement impressionnés par un choc moral.

Pour les uns et pour les autres, aucun problème médico-légal ne se pose : leur état intellectuel ne prête pas au doute : ils sont ramenés à l'arrière.

Mais il en est d'autres qui, conservant les apparences d'une menta-

---

(1) Communication faite à la *Société de Médecine légale de France*, (Séance du 12 avril 1915). — *Résumé*.

lité à peu près normale et, loin d'avoir la moindre lacune dans leur mémoire, gardent certains souvenirs avec une fidélité qui fait douter de la sincérité de leur trouble ; cependant, une vision d'horreur a produit, chez eux, un choc émotionnel assez intense pour devenir le point de départ d'obsessions qui ne tardent pas à devenir angoissantes.

Un homme de trente ans éprouvait, depuis la puberté, quelques obsessions: la vue du sang l'impressionnait ; il avait une crainte maladive des microbes; ces obsessions furent, plus tard, remplacées par quelques idées de doute. Mobilisé, la première fois qu'il vit tomber un camarade, il resta « figé auprès de lui pendant quelques instants, claquant des dents, paralysé par la peur » ; il se ressaisit, mais, quelques jours plus tard, il voit des bouchers « ensanglantés » qui dépècent une vache : cette vue lui occasionne un épouvantable effroi et, depuis ce jour, il n'est plus le même homme ; le souvenir du sang le poursuit partout. Successivement, la chemise tachée de sang d'un camarade, la blessure de la face d'un sergent qu'il veut secourir, les débris de chevaux déchiquetés par un obus, viennent lui apporter de nouvelles visions d'horreur.

Un jour, il s'enfuit en courant et, bientôt arrêté par la Prévôté, il est conduit au Val-de-Grâce.

Ses obsessions sont toujours les mêmes et se limitent à la vache entourée de bouchers, au camarade qu'il se reproche d'avoir abandonné, au sergent blessé à la face, aux chevaux déchiquetés, et à une plaie à la jambe d'un cadavre, rencontré il ne sait dans quel champ de bataille.

Bien que ce soldat sache, pour en avoir éprouvé d'autres, qu'il ne s'agit que d'obsessions, qu'elles se dissiperont comme se sont dissipées les précédentes, elles ont revêtu un caractère si pénible qu'il avait pris la résolution de se suicider.

Dans la préparation de son suicide, l'obsession du sang était tellement dominante que Ry. ne se serait jamais servi ni de couteau, ni du revolver « qui font saigner ». Il avait trouvé mieux : son projet consistait à s'introduire, dans les narines, deux tubes de caoutchouc, plongeant dans un flacon de chloroforme dont les vapeurs, entraînées par le barbotage dans l'air respiré, l'auraient endormi du dernier sommeil. Aujourd'hui, il voudrait vivre dans un pays dont il ne comprendrait pas la langue, pour ne pas entendre parler de la guerre dont le souvenir ravive ses angoisses.

Les souffrances morales provoquées par ces scènes terrifiantes sont telles, pour certains émotifs, que leur raison finit par sombrer complètement sous le poids d'obsessions de cette nature.

Ce malheureux peut-il être considéré comme un vulgaire déserteur responsable de ses actes ?

Voici maintenant un ancien médecin traité, il y a plusieurs années, à Sainte-Anne, pour quelques obsessions vite oubliées.

— Me. plein d'entrain prit part, sans aucun trouble, à plusieurs combats jusqu'en septembre ; un jour, il fut vivement impressionné par le cadavre d'un caporal de ses amis ; quelques instants après, son voisin de tranchée recevait, au front, une blessure par laquelle le sang s'écoulait ; bientôt encore, il vit le cadavre d'un soldat allemand couché sur le dos et dont

le poing relevé paraissait menacer le ciel ; puis, un malbeureux qui avait le crâne ouvert comme le serait une noix.

Me. tomba dans un tel état d'anxiété qu'on dut l'évacuer à l'arrière, puis au Val-de-Grâce, qu'il quitta très amélioré ; mais, aprés quelques semaines de séjour à son dépôt, il fut repris de ses anciennes terreurs à la pensée qu'il lui faudrait bientôt retourner au front, et assister aux spectacles qui l'avaient tant épouvanté.

Cet homme est doué d'une extraordinaire mémoire des yeux ; il revoit, par la pensée, certaines des scènes, toujours les mêmes, qui l'ont si fortement ému ; elles se succèdent toujours dans le même ordre ; il les évoque malgré lui et elles s'imposent, dès qu'une circonstance quelconque éveille ses souvenirs : la lecture d'un article de journal relatif à la région dans laquelle se sont déroulés les spectacles, dont il a été le témoin obligatoire, le nom d'un camarade laissé là-bas, etc., suffisent à le plonger dans l'angoisse.

Me. a été ramené récemment au Val-de-Grâce en vue d'un nouvel examen, au sujet d'une possibilité de simulation.

De telles obsessions, toujours angoissantes, deviennent encore plus redoutables pour des officiers qui, du fait de leurs fonctions, se forment, dans les circonstances actuelles, une idée plus particulièrement élevée de leur devoir.

— M. B. est un industriel qui, au moment de la mobilisation, cherchait dans un travail opiniâtre à se consoler de deux deuils trés rapprochés, la mort de son pére et de sa femme.

Appelé le premier jour, il accomplit un service délicat qui l'empêche de trop songer à ses tristesses ; mais il apprend que les Allemands ont bombardé une ville où étaient restées ses filles ; depuis ce moment, il est troublé, il dort mal, éprouve de vives frayeurs occasionnées par le souvenir de blessés parmi lesquels il a dû passer une nuit.

En accomplissant, en auto, une mission dangereuse, il est de nouveau très impressionné par le sang des blessés et les cadavres qu'il rencontre sur sa route. Par malheur, en traversant un village, M. B. est pris pour un espion ; il est malmené, arrêté ; son innocence est reconnue, mais cet incident a mis le comble au désarroi de son esprit : il est envoyé au Val-de-Grâce comme soupçonné de stimuler des phobies, en vue de se disculper d'un détournement de fonds que, d'ailleurs, l'enquête le reconnut bien vite, il n'avait pas commis.

Au Val-de-Grâce, c'est un homme en pleine phase d'angoisse morale anxieuse avec hyperémotivité et un désordre émotionnel intense, qu'on doit considérer comme un gage de bonne foi, malgré son exagération probable.

Appelés à nous prononcer avec M. le professeur Chauffard, sur son état mental et sa responsabilité, il nous a été facile de faire ressortir que l'angoisse de M. B. était due à des troubles physiques et psychiques et en particulier à de pénibles obsessions, occasionnées par la vue du sang et des cadavres.

— Voici maintenant un autre officier dont on pourrait dire qu'il a eu peur d'avoir peur, car il est passé par les mêmes angoisses sans avoir vécu autrement qu'en se les imaginant les scènes qu'il redoute.

Dès l'enfance, M. Wi. manifestait la plus grande frayeur quand on lui parlait de la mort ; jamais il n'aurait pu voir un mort sans, dit-il, devenir fou, comme l'a été un de ses parents.

Au moment de la mobilisation, fatigué par un dur labeur intellectuel, il allait se reposer à la campagne, sur le conseil du médecin : d'abord officier dans un centre de ravitaillement, il apprend que, vraisemblablement, il partirait avant peu pour le front ; sur le moment, il accueille cette nouvelle avec satisfaction, mais peu de jours après, il s'inquiète à la pensée qu'il verrait des cadavres ; à la suite de la rencontre d'un convoi de blessés, des obsessions commencent à l'envahir : tout d'abord, c'était la « vision des morts », puis la crainte de voir son manque d'entraînement l'empêcher de faire de longues marches, puis aussi l'appréhension de se trouver dans l'impossibilité de donner des ordres à ses hommes par qui, dans ses rêves, il se voyait « fusillé comme incapable de commander ». D'autres obsessions, constituées par les différentes phases d'un combat, le poursuivaient surtout pendant la nuit ; au lever, M. Wi. reprenait un peu de courage et se « raisonnait », mais, chaque soir, plus fatigué, il se couchait aussitôt après le dîner pour se réveiller régulièrement vers onze heures, avec les mêmes craintes et avec la même conviction qu'il serait impuissant à surmonter ses préoccupations dont il avait honte.

Ayant révélé son état à son chef de bataillon, il obtint une permission de quarante-huit heures pour aller à Paris consulter un spécialiste des maladies nerveuses. A son arrivée à Paris, son désarroi était tel qu'il fut envoyé au Val-de-Grâce.

C'est un triste, mais c'est d'abord un dégénéré héréditaire à idées de doute et, par-dessus tout, un obsédé et un phobique. L'impossibilité d'agir, dont il se croyait menacé, n'émanait que de la crainte d'avoir peur des spectacles dont son imagination peuplait sa pensée.

Chez divers délirants mélancoliques, hommes ou femmes, entrés à l'Asile Clinique (Sainte-Anne) depuis la guerre, nous avons retrouvé les mêmes obsessions angoissantes.

— Mme R., 45 ans, n'avait jamais eu aucune obsession ; habitant une région où se livrèrent de durs combats, elle fut très émue, un jour, par l'incendie de la maison d'un de ses proches parents ; elle fut prise de terreurs subites, apercevant tout à coup un blessé, elle se mit à crier : « du sang, du sang ». A partir de ce jour, elle perdit le sommeil et fit un accès d'agitation anxieuse avec refus d'aliments qui dura quelques semaines. Malgré une très grande amélioration, Mme R. ne peut, sans émoi, entendre parler de sang ; la vue d'un pansement sous lequel elle soupçonne une blessure lui cause une grande terreur.

Ce ne sont pas là des cas de confusion mentale émotive où des « horrifiés » présentent une phase amnésique traversée par des visions d'épouvante, les malades dont nous venons d'exposer les obser-

vations assistent, en spectateurs conscients, à la naissance et au développement de phobies et d'obsessions plus ou moins latentes, développées par des spectacles pénibles, obsessions laissant l'intelligence, en apparence, assez intacte pour justifier le soupçon d'une simulation.

Mais tous ces « phobiques » sont des prédisposés et beaucoup portent des tares physiques de dégénérescence.

Les problèmes qui se poseraient au sujet d'obsédés ordinaires, se compliquent de questions nouvelles quand il s'agit de soldats.

Les obsédés peuvent-ils être utilisés dans certaines conditions, comme auxiliaires, par exemple ?

Doit-on systématiquement les réformer, s'ils sont simples soldats, ou sous-officiers, ou les mettre hors cadre, s'ils sont officiers ?

La réforme n° 1 peut-elle être justifiée pour quelques-uns ?

Tels sont les principaux points de vue que l'expert militaire devra examiner avec soin.

Est-ce à dire qu'il suffit d'avoir quelques obsessions pour échapper aux obligations militaires ?

Evidemment non ! Ici encore et comme toujours, en médecine légale, il s'agit d'espèces qui, si elles ne sont pas toujours nouvelles, doivent toujours être discutées, quant à leur interprétation médico-légale.

Les toxicomanes et la mobilisation (1)

Au moment où la mobilisation est venue troubler brusquement toutes les branches du commerce et raréfier certains ravitaillements alimentaires de première nécessité, il s'est trouvé, par contre-coup « à côté », une catégorie particulière de « consommateurs » qui, du jour au lendemain ou presque, ont été fort au dépourvu.

Il s'agit des toxicomanes, habitués de la morphine, de la cocaïne ou autres poisons, qui, soit par suite de la mobilisation de leur fournisseur habituel ou pour toute autre cause, se sont tout à coup trouvés en présence d'une provision de « drogue » qui, diminuant sans cesse, ne pouvait plus être renouvelée.

Plusieurs de ces malheureux dont quelques-uns, en toute sincérité, se considèrent comme des « victimes indirectes de la guerre » sont entrés à Sainte-Anne depuis la mobilisation.

Hélène P., 36 ans, opiophage depuis trois ans, recevait habituellement l'opium d'Angleterre, par quantités assez importantes ; après la déclaration de la guerre, sa provision d'opium épuisée, elle se mit à boire pour

(1) Extrait d'une communication faite à la *Société de Médecine légale de France*. (Séance du 10 novembre 1914). — *Résumé.*

s'étourdir et c'est comme délirante alcoolique, qu'elle fut amenée à Sainte-Anne.

Blanche, 25 ans, vivant du produit de son travail, a été, pour la première fois, piquée à la morphine, à la suite d'une affection chirurgicale ayant nécessité une néphrectomie ; à sa sortie de l'hôpital, elle ne put se passer de la drogue ; mais, manquant de travail, elle dut se rationner, si bien qu'un jour, n'ayant plus ni argent, ni moyen de s'en procurer, ni morphine, elle demanda à être désintoxiquée.

Germaine, sans profession, doit à ses 23 ans et aux milieux montmartrois où elle vit, ses moyens d'existence et aussi la facilité de se procurer cocaïne et morphine. La mobilisation diminue les subsides dont elle vivait, éloigne les trafiquants qui la ravitaillaient en poisons. Germaine arrive assez facilement à se passer de cocaïne, mais quand elle est obligée de supprimer, aussi, la morphine, elle se sent perdue et n'a d'autre ressource que de venir frapper à la porte de l'Admission où elle est encore aujourd'hui.

Alphonsine, morphinomane de longue date, après une première désintoxication remontant à deux ans, était restée pendant près d'un an sans toucher à la drogue ; elle s'y était remise quelques mois avant la guerre et recevait sa provision d'un pharmacien habitant dans une grande ville d'eaux du centre : la mobilisation vint, cette source de ravitaillement fut tarie, Alphonsine se résigna et, se rappelant avoir été, déjà, démorphinisée, demanda sa réintégration.

Mme R., 31 ans, sur le conseil d'un médecin, se faisait, depuis trois ans, à la suite de crises d'asthme, des piqûres de morphine que, bientôt, elle multiplia sans raison : grâce à une ordonnance ancienne, sur laquelle son pharmacien fermait les yeux, elle eut toujours de la morphine à sa disposition jusqu'à la mobilisation de son fournisseur attitré ; le remplaçant de ce dernier lui refusa le renouvellement de son ordonnance et Mme R. dut avouer son état à son mari qui profita de la circonstance pour la décider à se faire soigner. Et il nous l'amena.

Marie P. s'est piquée, pour la première fois à 21 ans, à la suite de « chagrin d'amour » ; elle a aujourd'hui 24 ans et était avant la guerre maîtresse d'un étudiant en médecine qui s'était institué son pourvoyeur. La mobilisation a éloigné ce fournisseur bénévole, Marie P. en proie à un profond découragement, manifesta des idées de suicide et dut être placée à Sainte-Anne.

Augustine, 33 ans, prend depuis huit ans de la morphine à doses progressives : elle en consommait un gramme cinquante par jour, grâce à la complaisance d'un droguiste, lorsque ce fournisseur lui refusa sa provision habituelle, sous prétexte que le produit était réquisitionné par l'autorité militaire, et lui proposa de la cocaïne en échange. Augustine accepta, mais fut bientôt prise d'un accès d'agitation délirante qui motiva son entrée à l'Asile.

Cécile, 30 ans, a déjà subi trois cures de démorphinisation dans diverses maisons de santé : trois fois désintoxiquée, trois fois elle retomba de propos délibéré : différents subterfuges lui permirent de se procurer de la morphine, jusqu'au jour de la mobilisation où les titulaires des pharmacies, dont elle était la cliente, cédèrent la place à des suppléants qui, la plupart de ceux-ci, résistèrent aux demandes de la malade qui dut diminuer ses doses, s'inquiéta et nous fut amenée par son père, au cours d'un accès d'agitation anxieuse.

D'après Mlle X., une artiste de trop grand talent pour qu'on ne soit

pas attristé de la voir glisser sur une pente aussi dangereuse, et d'après M. G., un toxicomane qui, depuis dix ans, use tantôt de la morphine, tantôt de l'héroïne et, par surcroît, de l'éther, ceux qui connaissaient bien leur Paris auraient pu, même dans les premiers mois de la mobilisation, se procurer de la morphine, en y mettant le prix, dans quelques pharmacies dont les patrons étaient mobilisés.

Ces dires sont-ils exacts ?

Fernand et Emilienne, 22 ans l'un et l'autre, toxicomanes récidivistes, la femme prostituée, l'homme vivant de petits métiers voisins de la prostitution. La guerre disperse la clientèle de l'un et de l'autre : l'argent devient trop rare pour que le couple puisse acheter morphine ou cocaïne. Affolée par la perspective d'une rafle et d'une évacuation, Emilienne se présente à Sainte-Anne où Fernand ne devait pas tarder à la rejoindre.

Andrée, 33 ans, a déjà subi une cure de démorphinisation ; puis, revenue à la morphine, elle faisait venir la drogue de Londres où elle adressait, poste restante, à certaines initiales, un mandat de 8 francs. La guerre vint, ce procédé de ravitaillement cessa de fonctionner. Découragée, Andrée dut, pour se faire désintoxiquer, s'adresser à son commissaire de police qui la dirigea sur l'Infirmerie du Dépôt, d'où elle fut conduite à Sainte-Anne : « Je suis une victime de la guerre », déclare-t-elle en pleurnichant.

Mme L., veuve d'un Colonel qui l'avait piquée à la morphine, il y a une dizaine d'années, pour combattre une attaque de dysenterie, a déjà subi un commencement de démorphinisation dans un hôpital où on ne put la conserver, en raison d'un accès d'agitation anxieuse. Le lendemain de son arrivée à Sainte-Anne, elle présenta des signes très nets d'un tétanos qui ne tarda pas à l'emporter. Cette malheureuse, dans un état cachectique très accusé, ne prenait, au dire de sa mère, aucune précaution pour se faire ses piqûres : « sa seringue traînait partout » ; les cuisses, les bras et toute la face antérieure du corps de Mme L. étaient couverts de cicatrices ; sa peau, comme parcheminée, présentait par place, de petits phlegmons superficiels, témoins de l'incurie de la malade. Doit-on supposer qu'elle s'est inoculée le bacille de Nicolaïer en se faisant une piqûre avec une aiguille infectée ? — Quoi qu'il en soit, elle mourut de tétanos. On sait que cette terrible infection, assez rare en temps ordinaire, s'est manifestée, dans ces derniers temps, par de nombreux cas ; il est donc permis d'admettre que l'état de guerre a pu ne pas être étranger à la mort de cette victime de la drogue.

La plupart de ces observations ont trait à des femmes. La mobilisation retient à l'Armée la majorité de la population masculine, précisément aux âges où l'homme est le plus susceptible de se livrer aux toxiques.

Comment se comportent les toxicomanes à l'Armée ?

Alors que, dans la vie civile, les morphinomanes se recherchent, s'encouragent et font des adeptes, il est au moins deux morphinomanes, appartenant à un même milieu, originaux d'un même pays qui, se piquant ensemble autrefois, se renseignaient mutuellement sur les moyens de se procurer de la morphine et qui, mobilisés, l'un comme

officier, l'autre comme soldat, dans le même régiment, m'ont avoué s'être trompés réciproquement sur leur état, feignant l'un vis-à-vis de l'autre d'être guéris depuis longtemps, tandis que chacun se piquait en cachette, diminuant hâtivement les doses pour être plus vite débarrassé d'une tyrannie dont le caractère dépravé lui devenait, chaque jour, plus odieux.

Citons, pour terminer, le cas d'un soldat, à l'occasion duquel se pose un problème digne de retenir l'attention :

— Z. est un morphinomane invétéré. Aux premiers jours de la mobilisation, dans l'enthousiasme général, il contracta un engagement militaire. Envoyé dans un régiment, il put y continuer ses piqûres pendant un certain temps, mais voyant sa provision diminuer, il commençait à se demander si la morphine n'était pas pour beaucoup dans son engagement. Il a été envoyé au Val-de-Grâce et demande à être réformé, alléguant qu'étant sous l'influence d'un poison au moment où il s'était présenté au bureau de recrutement, il a accompli un acte irréfléchi et, par suite, sans valeur.

Sans examiner si Z. jouissait de son libre arbitre en contractant un engagement, il est permis de se demander comment se comportera ce soldat à son régiment : s'il revient à la morphine, que fera-t-on de lui ? le punira-t-on comme un soldat en état d'ivresse ? sera-t-il réformé comme inapte à tout service ? par analogie, sera-t-il traité comme un mutilé volontaire ? le considérera-t-on comme aliéné et l'enverra-t-on dans un Asile ?

Sans s'arrêter à des questions d'espèces, ce sont là autant d'exemples des problèmes médico-légaux que la mobilisation aura pu soulever.

La réforme des militaires atteints d'aliénation mentale (1)

Tout récemment, une note du Sous-Secrétariat du Service de Santé militaire rappelait les médecins-chefs des formations, et plus spécialement les médecins-chefs des centres de neuro-psychiatrie, à l'application stricte d'une circulaire qui prescrit la mise à la réforme de tous les militaires atteints d'aliénation mentale confirmée.

Il nous a semblé que cette circulaire mériterait, à l'heure actuelle, d'être révisée et modifiée par les services compétents. Vieille déjà de 22 ans, elle appartient, par son texte aussi bien que par ses idées directrices, à une génération médicale précédente. Cette réforme globale, cette sorte de tare définitive attachée à la qualité d'aliéné ne correspond plus aux données et tendances de la psychiatrie moderne. L'alié-

(1) Extrait d'une communication faite en collaboration avec M. le Professeur Chavigny, du Val-de-Grâce. (*Société de Médecine légale*, 1919).

nation mentale n'est pas à proprement parler une maladie. C'est une position, une situation administrative. Ce terme d'aliénation mentale représente simplement un état particulier entraînant un ensemble de précautions temporaires ou définitives qu'on a dû prendre, soit dans l'intérêt du malade, soit dans celui de la société.

La proscription définitive prononcée pour le service militaire à l'égard des individus qui ont dû être internés, apparaît bien hors de propos à des psychiatres de la génération actuelle, à ceux qui viennent de se prononcer unanimement contre le divorce pour cause d'aliénation mentale, position qu'ils ont prise parce qu'ils se reconnaissaient tout à fait incapables de se prononcer sur la curabilité ou l'incurabilité définitive des troubles mentaux.

D'ailleurs la réforme, telle qu'elle était comprise dans l'armée, est une mesure qui aura vraisemblablement besoin d'être revisée, mise au niveau des nécessités et des situations révélées par la guerre actuelle. Les réformés constituaient un groupe hétéroclite d'individus où l'on jetait pêle-mêle les malades atteints d'affections les plus dissemblables. Les nécessités de la guerre ont conduit à faire la révision des réformes prononcées avant la mobilisation, et cette révision s'est faite, dans des conditions trop hâtives, puisque les conseils chargés de cette besogne de triage furent conduits à réintégrer, en bloc, tous les individus qui avaient été antérieurement réformés pour troubles mentaux. Ces commissions, ayant à peine le temps de porter un jugement sommaire sur la valeur physique de l'individu, sont le plus souvent incompétentes pour apprécier l'état mental de ceux qui comparaissent devant elles.

De ces aliénés, ainsi récupérés en masse, il y en eut un bon nombre avec lesquels on fit une déplorable acquisition en les reprenant. Ils encombrèrent les unités et parfois y apportèrent le trouble sans y pouvoir rendre d'ailleurs le moindre service. Ce furent des clients à répétition, et naturellement impénitents, des conseils de guerre et des expertises psychiatriques. Ils occupèrent bien inutilement des lits des services de psychiatrie.

D'autres, au contraire, qui avaient été réformés en exécution de la circulaire ci-dessus rapelée du 3 juin 1897, furent d'excellents soldats. Quelques-uns rendirent des services appréciés et démontrèrent par leurs actes combien la réforme définitive, prononcée autrefois contre eux, avait été à la fois inique à leur égard et avait risqué d'être grandement préjudiciable aux intérêts généraux du pays. Si nous voulions faire ici le procès global de la réforme, nous rappellerions que le service d'aviation a compté, parmi ses soldats les plus illustres, un certain nombre de sujets dont les uns avaient été réformés pour affection physique jugée incurable, tandis que, pour d'autres, la réforme avait été prononcée au titre de troubles mentaux jugés, et tout aussi inexactement, incurables.

Ce n'est pas la première fois que cette question est soulevée et déjà M. Henri Colin a eu occasion de la traiter devant la Société médico-psychologique. Dans une note que nous avons eue entre les mains, M. Colin faisait mention des intérêts militaires généraux qui lui semblaient appelés à prévaloir contre des prescriptions archaïques. Il fut d'ailleurs fait droit à sa demande et les services de psychiatrie purent continuer à faire de la clinique militaire de guerre, au lieu de se borner à appliquer les mesures administratives.

Tout récemment, et dans le même ordre d'idées, M. Colin établissait une statistique des malades qui ont passé par son service de Villejuif depuis le début de la guerre, malades qu'il reçoit après un triage éliminant tous les cas immédiatement bénins. Voici les chiffres de sa statistique :

Section militaire (Situation d'août 1914 au 31 mars 1919)
Nombre de malades traités : 1.534

Réformés	637
Sortis par guérison	641
Transférés dans d'autres établissements	59
Décédés	85
Nombre de malades actuellement en traitement	112
Total	1.534

On voit que le chiffre des guérisons est plus élevé que le chiffre des réformes. Si l'on défalque du nombre des entrées (1.534), le nombre des malades actuellement en traitement (112) 1.534 — 112 = 1.422, on voit que sur 1.422 militaires traités pour troubles mentaux, 641, soit près de la moitié, sont sortis guéris et ont repris leur place soit au front, soit dans les services de l'arrière.

Il faudrait donc bien, à l'avenir, et même le plus tôt possible, édicter les règles qui fixeront la situation des malades des services militaires de psychiatrie. Cela a un intérêt immédiat au point de vue des pensions, car certains de nos malades définitivement éliminés par une réforme, au titre de la circulaire de 1897, paraissent fondés à réclamer une pension définitive, alors même qu'ils n'ont eu simplement qu'un accès passager et peut-être unique de confusion mentale.

Pour l'avenir, il semblerait bien qu'il y ait des catégories à faire. Il y a par exemple le cas de certains débiles congénitaux qui peut constituer un groupe de sujets inaptes au service, en temps de paix ; tandis qu'au contraire, on pourrait fort bien, en temps de guerre, les appeler sous condition de les affecter à des travaux simples, identiques à ceux dans lesquels ils gagnent leur existence en temps de paix : terrassiers, manœuvres, débardeurs, etc. Débiles dociles, ils rendraient là, en unité spéciale, tous les services qu'on est en droit d'attendre d'eux.

Débiles indociles, ils trouveraient dans le commandement averti de ces sections particulières, des chefs qui se rendraient compte des mobiles de leurs actes et sauraient concilier les exigences de la discipline avec une considération nécessaire des faits d'ordre médical qui s'y appliquent.

Le groupe des déséquilibrés souvent très inaptes au service du temps de paix fournit beaucoup de sujets très brillants du temps de guerre. Il suffit d'en faire l'essai sous surveillance avertie.

Pour les intermittents, il est difficile de fixer leur rythme d'évolution. Il faudrait au moins qu'ils soient catalogués de façon assez nette pour qu'un prochain accès maniaque ne risque pas de les conduire trop directement devant le conseil de guerre.

Une de leurs utilisations possibles est, par exemple, celle d'infirmier dans un centre de psychiatrie.

Les chroniques avérés, les paralytiques généraux, devraient rentrer dans le cadre d'une réforme définitive, irrévocable, tandis qu'au contraire les hommes qui ont été atteints d'un accès confusionnel aigu, devraient être, au moins pour la plupart, considérés comme définitivement guéris.

Il semble donc qu'il y ait lieu de demander au Service de Santé militaire l'annulation des prescriptions de la circulaire du 3 juin 1897, en souhaitant que les diverses formes d'affections psychiatriques trouvent simplement leur place dans l'Instruction sur l'aptitude au Service militaire, instruction qui devrait perdre son titre trop exclusif d'Instruction sur l'aptitude *physique* au service militaire.

Sur la liquidation des indemnités aux militaires « persévérateurs », atteints de troubles fonctionnels hystériques (1)

Après deux ans et demi de guerre, les Centres de neuro-psychiatrie continuent à voir encore d'assez nombreux cas de persévération hystérique.

Nous en observons dans le Centre des psychoses du Val-de-Grâce, qui n'ont subi aucune modification depuis les premiers mois de la guerre et qui entrent par conséquent dans leur troisième année de stagnation.

L'odyssée des militaires atteints de ces formes spéciales est presque toujours la même : après avoir été évacués dans divers services de l'intérieur souvent non spécialisés, ces sujets ont été, après un temps

(1) En collaboration avec M. le docteur A. Delmas. (*Société de Médecine légale*, 1917). — *Résumé.*

plus ou moins long, acheminés sur un Centre de neuro-psychiatrie. Ils y ont fait des séjours de six mois, un an ou plus encore.

On a essayé, sur eux, tous les procédés de traitements habituels : psychothérapie, rééducation, physiothérapie, isolement, coercition, etc., avant d'avoir recours aux convalescences de longue durée, ou même à la réforme temporaire, sans parler de ceux qui ont été réformés définitivement, avec ou sans gratification.

Le temps n'apportant aucune modification, le cycle d'hospitalisation recommençait, au hasard des domiciles, de telle sorte qu'avant de revenir dans un Centre de spécialités, ils étaient repassés par un plus ou moins grand nombre de services de médecine générale.

Quelques-uns de ces « persévérateurs », comme on les appelle, ont bien été dirigés sur leur corps, mais ils en ont été presqu'aussitôt renvoyés, toujours par la voie d'hospitalisation.

C'est dans ces conditions que le Centre des psychoses du Val-de-Grâce a eu à examiner nombre de sujets présentant différents syndromes d'hystérie rebelle.

Ils nous arrivent, tantôt après la longue pérégrination hospitalière que nous avons indiquée, tantôt pour expertise demandée par le service médical des pensions et gratifications.

Pour chacun de ces cas, il y a lieu de prendre une décision et de mettre fin à ces tribulations, car, si elles sont assez facilement supportées par le sujet, elles ont une fâcheuse répercussion dans les familles et sont susceptibles d'émouvoir même l'opinion publique mal informée.

Comment se comporter vis-à-vis de ces militaires ?

On ne doit pas méconnaître que les syndromes pithiatiques, qui demeurent rebelles pendant plusieurs années à tout traitement, sont d'ordre purement fonctionnel et restent toujours curables. Ils sont, en effet, dus à un état qui n'est ni organique, ni névrosique, mais uniquement mental, dans lequel, à côté des facteurs de conviction et de suggestion, se conditionnent des facteurs d'exagération, de mythopathie et même de véritable simulation, développés chez des sujets plus ou moins déséquilibrés.

Rappelons, à propos de tels sujets, que, dans la réunion des chefs de Centre de neuro-psychiatrie, il a été décidé qu'en raison de la nature spéciale des accidents hystériques, ceux-ci ne devaient jamais motiver une proposition de réforme.

Dans la même réunion, il avait été décidé que tous les militaires présentant le syndrome rebelle devraient être envoyés dans des Centres de neuro-psychiatrie de l'avant où ils seraient maintenus dans une ambiance moins favorable à la « persévération », soit jusqu'à guérison, soit jusqu'à la fin des hostilités.

Il semble donc bien que la solution à intervenir, dans l'avenir, pour ces « persévérateurs » découle de leur mentalité même ; aussi paraît-il opportun de se préoccuper, dès maintenant, de ce que l'Etat

devrait décider de faire à leur endroit, après la cessation des hostilités.

Nous croyons que, dans l'intérêt même des pithiatiques et de l'Etat, il faudrait éviter de recourir d'emblée à leur réforme avec pension ou indemnité.

Il nous semble qu'il serait préférable de prendre une autre décision.

Le syndrome de persévération hystérique étant curable, il y aurait, à notre avis, lieu de maintenir en traitement dans les Centres neuro-psychiatriques, pendant un temps assez long après la guerre, les sujets cristallisés dans cette attitude.

La part d'exagération ou de simulation qui existe dans ces formes d'hystérie de guerre, étant due, le plus souvent, à la crainte de retourner au front, ou au désir d'obtenir une indemnité, cessera, avec les hostilités, chez les militaires de la première catégorie.

Il ne restera donc que ceux dont l'état est entretenu par l'espoir d'une pension de durée illimitée ; mais cet espoir, plusieurs facteurs tendront à le faire disparaître.

Parmi ces facteurs, le plus important découlera de la décision prise par l'autorité militaire, d'attendre la guérison et, par là-même, d'affirmer la curabilité de leur état.

Le vif désir des « persévérateurs » de retourner dans leurs foyers, où tant d'autres seront enfin rentrés, sera aussi d'un effet salutaire. Enfin la contagion créée par le départ de ceux qui auront renoncé les premiers à leurs manifestations hystériques décidera de la guérison d'un important lot de persistants.

On peut aussi escompter la renonciation des vrais simulateurs, eux-mêmes, qui profiteront des exemples qu'ils auront autour d'eux, pour « sauver leur face » en trouvant dans ces cures un prétexte de nature à justifier leur... amélioration.

Il ne restera plus alors que les derniers irréductibles, décidés à persister jusqu'à la fin de leur hospitalisation. Ils seront peu nombreux pour les raisons que nous venons d'exposer, si l'on sait les traiter comme il convient. Ajoutons qu'ils ne doivent pas être confondus avec les psychopathes revendicants, à idée de préjudice, chez lesquels les récriminations s'accompagnent si volontiers d'interprétations délirantes et d'idées de persécution.

Un jour viendra où une liquidation définitive du résidu s'imposera.

La jurisprudence civile nous montre ici une voie aboutissant à des mesures dont il serait sage de s'inspirer.

Comme dans les accidents du travail laissant subsister des manifestations hystériques rebelles, il y aurait lieu, à notre avis, de régler les procès militaires, ainsi pendants entre l'Etat et les « persévérateurs », par l'attribution d'une gratification renouvelable, mais calculée toujours, comme dans la jurisprudence civile, sur un taux à déterminer, en tenant compte de la nature spéciale des troubles persistants.

Rappelons maintenant que la loi sur les accidents du travail auto-

rise dans certaines conditions le rachat de la pension accordée par une somme d'argent unique et calculée suivant un barême fixe ; mais il n'y a là qu'une faculté de rachat subordonnée à l'acceptation de l'accidenté.

La réglementation militaire devrait se réserver le droit d'imposer le rachat.

Si cette mesure n'est pas adoptée, la seule solution possible serait l'attribution d'une gratification renouvelable et non d'une pension. Or, on doit craindre que cette situation laisse subsister, chez le pithiatique, le désir de conserver indéfiniment sa gratification.

Ce que nous savons de l'état mental des hystériques irréductibles nous permet d'affirmer que la plupart d'entre eux continueraient indéfiniment leur cristallisation.

Cela est si vrai que l'on voit des accidentés refuser longtemps tout travail productif, dans la crainte de perdre une rente, même minime, jusqu'au jour de son rachat.

On laisserait ainsi subsister des difficultés sans nombre, dont les persévérateurs seraient à la fois les auteurs et les victimes et qui se traduiraient, non seulement par des contestations multiples et sans issue entre le réclamant et le service des pensions, mais encore par l'émotion soulevée dans le public.

Le rachat imposé supprimerait tous ces inconvénients.

Ajoutons que les hystériques rebelles, en présence d'une solution définitive de leur affaire, ne seraient plus sollicités, par certains intermédiaires, à persister dans leur attitude.

La somme qu'ils auraient à toucher, en une fois, et qui serait minime si elle était répartie par gratifications annuelles, leur paraîtrait au contraire suffisante, bien qu'elle ne constitue pas une charge plus importante pour l'Etat. Ils reprendraient plus volontiers leur profession habituelle et le résultat, profitable à la collectivité, le serait encore plus pour eux qui, incités au travail, pourraient utiliser dans une installation définitive le capital reçu.

La Société de Médecine légale, où collaborent des médecins et des magistrats, est particulièrement qualifiée pour présenter aux pouvoirs publics des suggestions pratiques ; c'est pourquoi nous vous avons exposé les considérations qui précèdent.

Si elles vous paraissent dignes de retenir votre attention, nous soumettons à votre discussion le projet de vœu suivant :

La Société de Médecine légale de France,

Considérant, d'une part, qu'il y a lieu de prévoir la persévération chez certains militaires, après la cessation des hostilités, d'accidents de nature hystérique rebelles à tous les essais thérapeutiques ;

Considérant, d'autre part, que ces accidents, malgré leur caractère de persévération, restent toujours curables et guérissent d'autant plus

vite et plus complètement que les divergences d'intérêts auxquelles ils peuvent donner lieu sont plus rapidement et plus définitivement réglées,

Emet le vœu :

1° Qu'il soit prévu, après la cessation des hostilités, une prolongation d'hospitalisation pour tous les militaires atteints d'accidents hystériques rebelles, en vue de leur assurer la continuation du traitement pendant six mois, au moins, avant toute proposition pour une réforme avec pension ou gratification.

2° Que, dans l'évaluation du taux de la gratification ou de la pension, il soit tenu compte de la nature plus spécialement fonctionnelle de ces accidents, comme cela a lieu dans la jurisprudence civile.

3° Que le rachat de la pension puisse être imposé par l'Etat, quel que soit le taux fixé, contrairement à ce qui a lieu, notamment pour les accidents du travail.

L'application de la loi du 31 mars 1919 sur les pensions militaires en ce qui concerne les états psychopathiques congénitaux et les manifestations pithiatiques [1].

On sait que la loi du 31 mars 1919, destinée à indemniser les infirmes et les malades de la guerre, admet systématiquement « la présomption légale d'imputabilité au service », en ce qui concerne tous les troubles mentaux nécessitant ou non l'internement (2). Elle l'admet, de même, en ce qui concerne :

« 1° les accidents hystériques ou pithiatiques associés à des désordres physiopathiques ;

« 2° les accidents hystériques ou pithiatiques associés à des désordres mentaux ;

« 3° les états neurasthéniques avec adjonction de troubles objectifs ou de troubles mentaux : troubles névropathiques légers, paralysies, contractures, tremblements émotionnels ou commotionnels, tics associés à des troubles psychopathiques, etc... (3). »

Le taux d'invalidité fixé par le guide-barème de 1919 varie de 10 à

---

(1) En collaboration avec M. le docteur ROUQUIER, du Val-de-Grâce. (*Société de Médecine légale*, janvier 1921). — *Résumé*.

(2) Ministère de la guerre. Instruction n° 831 Ci/7 du 10 juillet 1919, p. 62 et 63 (tableau synoptique résumé des divers barèmes à appliquer aux infirmes et malades de la guerre 1914-1919).

(3) *Ibid*, p. 64 et 65.

100 0/0 : « L'expert, dit le guide en question, n'oubliera pas la présomption légale d'imputabilité au service. Il ne perdra pas de vue que la preuve de la non-imputabilité est à la charge de l'Etat. Il ne recherchera cette preuve que si l'examen du dossier et l'état de la science lui permettent de l'administrer d'une manière indiscutable. »

Les conséquences de cette législation, en ce qui concerne les manifestations pithiatiques ont été depuis longtemps prévues.

Pendant la guerre, la Société de Neurologie et la réunion des médecins-chefs des centres neuro-psychiatriques, n'ont cessé de s'opposer à la réforme des militaires atteints de troubles fonctionnels d'origine hystérique. J'ai attiré, dès le mois d'octobre 1917, l'attention de la Société de Médecine légale sur cette peu intéressante catégorie d'invalides de guerre (1).

Malgré nos desiderata, un très grand nombre de pithiatiques ont été réformés d'une façon temporaire ou définitive avec pension. Nous pouvons, aujourd'hui, apprécier les résultats de cette mesure destinée à débarrasser l'Etat ou ses représentants, de malades difficiles à traiter et très fréquemment revendicateurs. On en a fait, dans l'immense majorité des cas, des infirmes définitifs, qui vont rester à la charge de leur famille ou de la Société, alors qu'on aurait très bien pu, si on s'y était pris assez tôt, ou avec une application suffisante, les guérir radicalement. [Les centres de réformes envoient fréquemment dans notre Service du Val-de-Grâce, des malades de cette catégorie, réformés temporairement, et à qui l'on est obligé de donner une pension définitive.] L'état des malades que nous envoient les centres de réformes ne s'est, en effet, nullement amélioré après qu'ils ont été éliminés de l'armée. Bien plus, le fait d'avoir été réformé et avec une indemnité qui peut devenir définitive contribue à fixer dans le cerveau débile de ces sujets suggestionnables à l'excès, la conviction qu'ils sont réellement paralysés ou atteints de lésions organiques. Il cristallise leur syndrome et rend la guérison ou même l'amélioration difficile. Considérés par leur entourage ou par des médecins insuffisamment avertis, comme les véritables malades, soumis à des suggestions de tous les instants, ces malades se fixent de plus en plus et deviennent, au point de vue social, de véritables non-valeurs. Si l'on ajoute à ces complications d'origine purement psychique, les véritables lésions organiques qu'entraîne secondairement à la longue, l'immobilisation ou la contracture prolongée, on se rendra facilement compte des très graves inconvénients qui découlent d'une solution irrationnelle, illogique, mais commode pour débarrasser momentanément les médecins

---

(1) Marcel Briand et A. Delmas. Sur la liquidation des indemnités aux militaires persévérateurs atteints de troubles fonctionnels hystériques. (*Société de Médecine légale de France*. Séance du 10 octobre 1917).

ou les pouvoirs publics de tous ces sinistres, à l'origine plus ou moins sincères, et finalement pris au piège de leur propre mensonge d'une telle façon que la guérison devient, pour eux, à peu près impossible.

Si ce qui se passe actuellement en ce qui concerne les manifestations pithiatiques avait été depuis longtemps prévu, il n'en a pas été de même au sujet de la réforme des malades atteints de troubles psychiques congénitaux. La présomption légale d'origine, appliquée aux troubles mentaux, n'avait pas certainement été envisagée par les auteurs du barême de 1919, comme susceptible d'entraîner la réforme avec pension de sujets atteints de tares constitutionnelles. Les débiles mentaux et les déséquilibrés sont nombreux dans l'armée comme ailleurs, et on sait depuis longtemps que leurs réactions morbides se manifestent surtout lorsqu'ils sont placés dans des conditions d'existence anormales pour eux. Leur état constitutionnel ne se met le plus souvent en évidence que si on demande à leur cerveau taré une adaptation ou un effort qu'il est incapable de fournir. Aussi a-t-on très justement décidé que les militaires incorporés après la cessation des hostilités pourraient être réformés sans pension soixante jours après leur arrivée sous les drapeaux. Mais ce délai est le plus souvent trop court pour permettre au Commandement et au médecin de se rendre compte qu'ils se trouvent en présence d'un anormal. Les réactions morbides de ces psychopathes constitutionnels ne se manifestent pas d'une façon immédiate et on ne peut considérer comme inadaptables, sans une mise en observation prolongée, la plupart d'entre eux. Un très grand nombre ne peut être éliminé de l'armée avant le soixantième jour. Très fréquemment, ils le sont à propos d'une expertise médico-légale nécessitée par une faute grave contre la discipline, un crime ou un délit, parfois même par la répétition d'actes délictueux. Et si on les réforme, la présomption légale d'origine s'applique à leur cas particulier. On est donc obligé de les rejeter de l'armée avec une pension, qui récompense, par exemple, plusieurs fugues, une désertion, des propos incorrects vis-à-vis de gradés et toute autre manifestation d'indiscipline habituelle.

A propos d'une communication de M. Chavigny (séance du 10 mai 1920) (1), votre attention était attirée sur « un véritable abus des pensions ».

M. Henri Colin (2) a de même protesté contre un état de choses aussi regrettables, à propos d'un imbécile réformé avec une pension de 100 0/0.

Nous avons eu nous-même l'occasion de voir réformer n° 1 plu-

(1) *Bulletin de la Société de Médecine légale de France*, mai-juin 1920, p. 90.
(2) *Ibid.* juillet 1920.

sieurs sujets entrés au Val-de-Grâce parce que, en prévention de conseil de guerre pour désertion, insultes à un supérieur à l'occasion du service, et qui étaient réellement inaptables à cause de leur débilité ou de leur déséquilibre constitutionnels. Ces sujets n'en menaient pas moins, avant leur arrivée au régiment, une existence à peu près normale et l'un d'eux, ouvrier métallurgiste, intelligent, gagnait très largement sa vie. Les centres de réforme leur ont à tous fait attribuer une pension variant de 40 à 80 0/0. La présomption légale d'origine s'appliquait à leur cas, puisqu'ils avaient les uns et les autres plus de deux mois de service et puisque, d'autre part, la preuve ne pouvait être faite que leur état mental était, avant leur incorporation, le même qu'au moment de leur réforme.

La loi du 31 mars 1919 donne donc, en somme, une véritable prime à l'indiscipline habituelle. S'ils étaient suffisamment habiles et au courant de la situation, la plupart des mauvais soldats, objets de punitions fréquentes, arriveraient sans peine à se faire éliminer de l'armée avec une pension, sans que leur capacité de travail se trouve le moins du monde diminuée. Car la plupart de ces débiles ou déséquilibrés gagnent leur vie après réforme comme ils la gagnaient avant.

Quel peut être le remède susceptible d'améliorer cette situation ?

En ce qui concerne les pithiatiques réformés temporairement pendant la guerre, nous croyons qu'il n'y a plus qu'à regretter une série de décisions contre lesquelles plus rien ne peut être tenté. Les persévérateurs, en possession de leur réforme définitive, demeureront, pour la plupart, ce qu'ils étaient, c'est-à-dire des infirmes que l'on aurait pu ne pas rendre tels. C'est regrettable, mais on ne peut songer, dans l'état actuel des choses, à réunir dans des centres spéciaux de traitement ou de rééducation des malades rendus depuis longtemps aux douceurs de la vie civile. Il faut simplement insister sur le très grand intérêt qu'il y a à ne pas éliminer de l'armée des pithiatiques des classes actives. Il ne faut point traiter d'épileptiques ceux qui présentent des manifestations convulsives. Les troubles moteurs comme les autres formes de l'hystérie doivent disparaître s'ils sont convenablement traités dans des centres spéciaux, par des médecins compétents. Il importe d'y envoyer aussi rapidement que possible tous les malades en question. La création d'un centre neuro-psychiatrique militaire par région de corps d'armée, depuis longtemps réclamée par la Société, s'impose de plus en plus.

La législation actuelle nous paraît, en ce qui concerne la réforme des sujets atteints de troubles psychiques congénitaux, susceptible d'être modifiée. La présomption légale d'origine ne devrait, pour eux, jouer qu'après un laps de temps, six mois par exemple, suffisamment long pour que leurs réactions pathologiques aient pu se manifester. Les commissions de réforme ou les médecins-experts devraient avoir le droit de prononcer la réforme sans pension, une fois établie par des

médecins compétents l'origine congénitale de l'état entraîne la réforme.

On éviterait ainsi de voir attribuer une pension à de mauvais soldats ou à de mauvais sujets.

Les désertions-fugues dans les petits états mélancoliques (1)

Nous avons déjà présenté une étude générale des fugues survenues chez les militaires au cours de la guerre. Aujourd'hui nous venons insister plus spécialement sur une variété particulière et fréquente de ces fugues, à savoir les désertions-fugues survenant au cours et sous l'influence des petits états mélancoliques.

Déjà, il y a quelques mois, notre distingué confrère, le médecin-major René Charpentier, a attiré l'attention sur ce point, en rapportant à la Société Médico-psychologique l'histoire d'un intermittent qui faisait des fugues au retour de chaque accès mélancoliques. Mais, tandis que cet auteur et plusieurs des membres de la Société qui intervinrent dans la discussion pensaient qu'il s'agissait là de manifestations rares, nous avons été amenés à constater depuis longtemps déjà, au contraire, que des faits de ce genre se rencontraient souvent en clinique. C'est pourquoi nous croyons intéressant d'insister, d'une part, sur leur fréquence et leur importance, d'autre part, sur différentes particularités séméiologiques et, enfin, sur le mécanisme psychopathologique des fugues que nous avons en vue.

Un premier point nous paraît devoir être mis d'abord en évidence : c'est que les fugues sont surtout rencontrées non dans les états francs de mélancolie, mais, au contraire, dans les petits états frustes.

Dans les grands accès de mélancolie, le cortège des manifestations pathologiques est tel qu'ils sont vite reconnus, avec toutes leurs conséquences possibles, par l'entourage le moins averti : Le malade est gardé, surveillé, dirigé ; son anxiété même le porte à exprimer des plaintes et à attirer l'attention de son milieu. Aussi la fugue, chez ces malades, se produit-elle exceptionnellement et c'est ce qui explique les opinions émises à la Société médico-psychologique sur sa rareté.

Dans les petites formes mélancoliques, au contraire, la fugue est une réaction fréquente. Mais, pour s'en rendre compte, il faut d'abord ne pas les méconnaître ; ce qui serait facile si on n'avait pas le souci de les rechercher avec soin par un examen rétrospectif complet.

La plupart du temps, dans la pratique de la médecine légale militaire, le sujet, qui a accompli une désertion-fugue, n'est mis en obser-

(1) En collaboration avec M. le docteur A. Delmas. *Société de Médecine légale.* (Séance du 14 octobre 1918).

vation qu'un certain temps après sa fugue. A ce moment, presque toujours, il est sorti de l'état mélancolique. Les symptômes qui caractérisaient l'état dépressif ne peuvent donc plus être constatés. D'autre part, le malade ne révèle pas spontanément leur existence antérieure, soit qu'il n'en ait pas conservé une conscience nette, soit, plus fréquemment, qu'il n'en ait pas compris le caractère maladif.

Il est même remarquable de voir combien les malades égareraient facilement un médecin non prévenu, par les justifications qu'ils invoquent, les sachant inexactes, simplement parce qu'elles leur paraissent plus plausibles et plus acceptables par le médecin que ne le serait un exposé vrai mais complexe et difficilement exprimable par eux des mobiles auxquels ils ont obéi.

Ces justifications fausses sont multiples : Ils ont voulu revoir leurs parents ; ils avaient perdu la mémoire ; ils se sont perdus en route, etc... Ils s'embrouillent dans leurs explications ; justement parce qu'elles sont inexactes et peuvent être pris, ainsi, pour de simples simulateurs.

D'autres fois, ils sont plus véridiques en répondant : « Je ne sais pas, je ne comprends pas... je ne m'explique pas... ».

Enfin ils peuvent se rapprocher, encore plus nettement, de la véritable explication en déclarant : « C'est un coup de cafard... j'étais dégoûté... je ne pouvais plus rester où j'étais... ».

Il est donc nécessaire de les guider dans leur analyse rétrospective et de leur faire voir clair dans leur propre trouble antérieur. Dans les cas qui nous occupent et qui sont très fréquents, nous le répétons, voici alors ce qu'on trouve d'une façon habituelle :

1° Par rapport aux circonstances de la fugue même, d'abord. Le malade est entré, sans savoir pourquoi, dans une phase de dépression avec tristesse, découragement, ennui, malaise moral, anxiété, dégoût à l'égard du milieu. Sous l'influence de cet état, qui est initial et primitif, et quelques jours après, seulement, nous y insistons, survient un besoin de s'isoler, de fuir le milieu, de s'en aller ailleurs. Ce besoin prend un caractère impulsif irrésistible et le malade finit par y céder, tantôt, il part sans but, il erre dans les bois voisins, un jour, deux jours, en proie à un état profond de malaise anxieux. Cet état peut s'atténuer assez rapidement et le malade revient à son cantonnement. Nous en avons vu qui avaient ainsi fait des absences passées inaperçues, d'autres qui avaient fait des absences assez courtes pour n'entraîner que des réprimandes ou de simples punitions.

Tantôt, au contraire, le malade part dans une direction déterminée. Il vient errer à Paris, ou se rend dans son pays et le voilà déserteur.

Si l'état dépressif persiste, il continue sa désertion par laisser-aller et aboulie, ayant enrichi son anxiété maladive d'une préoccupation vive, en rapport avec sa situation irrégulière, et erre parfois sans chercher à se cacher jusqu'à ce qu'il soit arrêté. Si, au contraire, son état

dépressif s'atténue et disparaît, il lui arrive d'aller se constituer prisonnier. Certains incidents, à ce moment, peuvent paraître suspects et faire douter du déterminisme maladif et initial. Il en est qui mentent à leur famille, alléguant une permission qu'ils n'ont pas. D'autres se procurent un travail et s'embauchent dans une usine, paraissant agir par conséquent en hommes normaux et avec des buts intéressés. Le point de départ pathologique initial n'est cependant pas incompatible avec ces manifestations ultérieures et il faut se garder de nier le premier en raison seulement des seconds. Il peut en résulter seulement cette situation, un peu paradoxale en apparence, que le malade a fait sa fugue sous « l'influence de son état pathologique », mais que, celui-ci passé, il y persévère soit par faiblesse de caractère, soit même par perversité.

Quelques-uns font, en effet, par perversité, ce calcul que, le temps de désertion acquis, ce sera « le même prix » s'ils prolongent leur absence.

Dans ce cas, irresponsables au début de la fugue, ils peuvent être responsables de la prolongation de l'absence.

2° Par rapport au passé du sujet, ensuite. Si le premier caractère important des fugues que nous avons en vue est toujours la concomitance et la dépendance avec un état dépressif mélancolique, le second caractère, qu'il convient de bien mettre en évidence, est la tendance à la récidive. On trouve toujours, en effet, chez nos malades, des fugues antérieures identiques ou des équivalences de fugues.

Les cas que nous avons observés de fugues récidivantes chez un même sujet, dans des conditions identiques, depuis la guerre, sont en nombre considérable. Ce sont ces cas qui justifient à nos yeux l'importance de la présente communication.

Certains de nos malades avaient été condamnés une ou plusieurs fois ; ils ont récidivé à périodes plus ou moins régulières et toujours à l'occasion d'une nouvelle crise plus ou moins fruste de mélancolie.

Certains ont bénéficié d'un non-lieu, une fois ou plusieurs fois, parce qu'ils avaient été l'objet d'un examen médical par un psychiatre compétent. Ils ont également récidivé dans les mêmes conditions.

A côté de ces cas où plusieurs fugues se sont déjà inscrites depuis la mobilisation, il en est d'autres que nous avons été amenés à examiner pour leur première fugue au cours de la guerre. Ils n'échappent pas à cette loi de la récidive en quelque sorte fatale, mais, ici, il convient de distinguer deux séries distinctes.

Dans la première se placent ceux qui ont eu, avant la guerre et à l'occasion d'accès mélancoliques antérieurs, de véritables fugues soit au cours de leur service militaire, soit dans d'autres circonstances.

Dans la seconde se place ceux qui ont déjà traversé des épisodes de dépression mélancoliques sans fugues vraies. Mais, outre la constance

chez eux des épisodes mélancoliques antérieurs on trouve des réactions qui représentent des équivalents de fugues. C'est ainsi qu'on voit ces malades changer d'atelier ou d'usine, quitter une place avantageuse sans s'expliquer exactement pourquoi ils ne peuvent plus y rester, partir dans une autre ville ou même dans un autre pays. Ces réactions d'instabilité ou de migrations ont le caractère essentiel des fugues indiquées plus haut : La concomitance et la dépendance avec des états mélancoliques plus ou moins légers et l'allure récidivante au retour de ces accès.

Il n'y a pas lieu d'être trop surpris qu'il ait fallu la guerre pour mettre en relief l'existence de ces fugues au cours des petits états mélancoliques. Dans le temps de paix, sauf dans le service militaire, elles se traduisaient, comme nous l'avons vu, par des absences, des changements d'atelier ou des migrations de ville en ville, qui ne constituaient pas des délits et ne révélaient pas leur caractère pathologique au médecin. Celui-ci n'était, en effet, appelé à en connaître ni comme médecin-expert ni comme médecin traitant.

En temps de guerre, au contraire, la moindre absence d'un militaire ne peut se faire sans constituer une faute ou un délit, d'où la constatation quasi-automatique de nombre de cas.

Il nous reste à dire un mot sur le mécanisme psycho-pathologique de ces fugues, afin de les différencier des fugues qui pourraient leur ressembler, notamment des fugues épileptiques et des fugues par obsessions spéciales ou dromomanie.

Ce qui caractérise le mécanisme originel des fugues dans les petits mélancoliques, c'est qu'elles s'effectuent au cours d'un état dépressif anxieux. Cet état entraîne facilement, fréquemment, et nous dirons volontiers logiquement, un malaise moral intense, qui rend insupportable au malade le milieu dans lequel il vit. Il est dans une position particulièrement pénible. S'y trouvant comme prisonnier, le besoin impérieux, obsédant, plus ou moins irrésistible, lui vient de fuir ce milieu. Dans certains cas, mais non toujours, les malades expriment nettement la version qui les prend pour les personnes et les choses qui les entourent et ils vont jusqu'à des interprétations fausses et des idées de persécutions, leur faisant croire qu'on leur en veut, qu'on devine leur état et qu'on s'en moque, etc..., ce qui parfois est vrai, en partie.

Ils ne sont pas sollicités par un projet, un but défini, par le désir de gagner un endroit ou un lieu préféré. Ils ne s'en vont pas vers... mais ils s'en vont de... Ce ne sont pas des fugues *ad locum*, mais des fugues *a* ou *de loco*. Ce n'est pas un tropisme négatif. Ils ne sont pas attirés, ils sont repoussés. Leur fugue a les caractères d'un départ, d'une fuite, d'une évasion et non d'une attirance ou d'une attraction. Ce n'est pas parce qu'ils veulent partir, c'est parce qu'ils ne peuvent rester. Ils sont

passifs et non actifs, par rapport à leur migration ; ils ne choisissent pas, ils subissent.

Ce qui le prouve, c'est non seulement l'analyse de leur état d'âme au moment de la fugue, mais c'est le fait que, très souvent, ils errent sans but, au hasard ; c'est aussi le fait qu'arrivés dans un endroit, ils ne tardent pas à en repartir. C'est, en un mot, la continuité de leur errance, leur migration qui ne s'achève pas ou plutôt qui ne s'achève qu'avec la fin de leur état dépressif.

La lutte qui accompagne certaines obsessions avant l'impulsion libératrice, est assez rare dans le cas qui nous occupe, ou, si elle se produit, on n'y retrouve pas l'angoisse des grands obsédés.

Ce déterminisme très spécial de la fugue des petits états mélancoliques est également très différente du mécanisme décrit dans les obsessions impulsions dromomaniaques.

On a vraisemblablement jusqu'ici confondu ces deux ordres de fugues. Si la dromomanie existe, elle répond à un besoin non de fuir, mais de gagner un lieu choisi, ce n'est plus la fugue *de loco*, mais *ad locum ;* ce n'est plus ùn tropisme négatif, mais positif ; ce n'est plus un départ, une fuite, une évasion, mais une attraction, une attirance vers un but défini.

La guerre a révélé la fréquence des fugues dans les petits états mélancoliques.

Ces fugues se caractérisent, au point de vue qui nous occupe, par leur concomitance et leùr dépendance avec de petits états mélancoliques et par leur tendance récidivante en rapport avec la récidive de ces états ; circonstances graves quant à ces conséquences militaires. Ces fugues, dérivant directement du malaise anxieux qui crée une aversion spéciale chez le malade à l'égard du milieu dans lequel il se trouve et le pousse à s'en éloigner, peuvent se reproduire, mais elles resteront, comme nous l'avons dit, des fugues *a* ou *de loco* et non des fugues *ad locum*.

Le mécanisme les distingue donc du mécanisme des fugues décrit jusqu'ici.

Au point de vue médico-légal, il est intéressant de préciser la fréquence et la forme de ces désertions-fugues afin qu'elles ne soient pas méconnues et afin que le médecin légiste, tout en faisant bénéficier le malade de l'irresponsabilité, puisse cependant faire prévoir et comprendre leur récidive presque fatale.

Maladies simulées et maladies provoquées dans l'armée (1)

Au Service Central de Psychiatrie du Val-de-Grâce sont annexés, par suite de la disposition des lieux propices à la surveillance, une Infirmerie pour les détenus militaires et un local disciplinaire. C'est ce qui explique la présence, dans ce service comprenant quelques chambres d'isolement, des soldats dont il va être question. Ils y ont été envoyés pour être soumis à une observation plus étroite.

Les occulistes militaires sont, très souvent, appelés à examiner des hommes qui présentent des affections singulières, en apparence nouvelles et qui ne s'observent pas dans la clientèle civile. Tantôt il s'agit d'un homme qui déclare avoir perdu la vue à la suite de la commotion produite par l'éclatement d'un obus, sans lésion apparente ou à la suite de blessures insignifiantes. D'autres fois, ce sont des conjonctivites et même des kératites interminables, pour lesquelles un traitement rationnel et varié a été employé, sans succès, pendant de longs mois, dans le service d'ophtalmologie.

Parfois, nous devons le reconnaître, il existe une anomalie oculaire que l'homme cherche à exagérer, afin de se soustraire à ses obligations et de passer une existence confortable dans une formation sanitaire, loin du front ; souvent, le trouble de la vision éclate inopinément.

Tel est le cas du soldat B...

Il a reçu, en décembre 1914, une balle de shrapnell qui lui a fait une très petite et légère excoriation, dans la région pré-auriculaire gauche, excoriation qui devait se cicatriser en quelques jours ; malgré la bénignité de l'égratignure, B. qui affirmait avoir eu le « crâne traversé par une balle », quelques heures après sa blessure prétendit ne plus voir.

Evacué d'hôpital en hôpital, il se confina dans son attitude et finit par échouer dans un asile d'aveugles près de Lyon, où on lui apprit le cannage des chaises et l'écriture Braille.

Ceci se passait en juillet 1915.

En octobre de la même année, il fut dirigé sur l'hospice des Quinze-Vingts, où le diagnostic d'amaurose hystérique fut porté avec, très vraisemblablement, un gros point d'interrogation, car B. ne tarda pas à être envoyé vers l'hôpital Bréguet où existait alors une section réservée aux indisciplinés et aux nerveux ne voulant pas guérir ; ce service était confié à M. le médecin-major Roubinovitch.

B. ne trouvant pas dans ce milieu ce qu'il recherchait, s'en évada avec un camarade. C'est à la suite de cette désertion qu'il échoua au Val-de-Grâce. Le même diagnostic d'amaurose purement pithiatique s'imposait. L'examen oculaire, pratiqué à plusieurs reprises, montrait, en effet, que ni l'un ni

(1) En collaboration avec le Docteur Kalt. *Société de médecine légale.* (Bulletin de février 1917).

l'autre des globes oculaires n'offraient objectivement rien d'anormal. Seules les paupières présentaient un trouble moteur : elles étaient habituellement tombantes et animées de petits mouvements fébrillaires ; quand on les écartait les yeux restaient ouverts, pendant quelques secondes, puis les paupières retombaient.

L'approche d'une lumière ou d'un objet ne déterminait aucun clignement, mais l'iris conservait son réflexe. La vision était néanmoins abolie, au dire de B. qui ne présente, d'ailleurs, aucune trouble de la motivité et de la sensibilité.

La triste situation de cet aveugle avait attiré à cet homme des sympathies nombreuses du dehors, et ce ne fut pas sans quelque étonnement que fut accueillie la décision du Chef de service d'ophtalmologie d'isoler B. dans une chambre noire.

Or, au bout de 3 semaines, B. commençait à avoir la perception d'une « petite lueur » ; 8 jours après, les deux yeux restaient ouverts, sans qu'il fut obligé de soulever ses paupières avec le doigt comme il le faisait d'ordinaire, et la vision redevenait égale à un.

Il y a peu de jours, nous avons soumis au même traitement dans la chambre noire, un homme qui disait avoir reçu un coup de pied de cheval dans la région frontale gauche. L'œil de ce côté était en strabisme divergent ancien, non paralytique ; les paupières restaient contracturées par un blépharospasme. Cet œil ne voyait rien. L'œil droit, tout à fait normal en apparence, n'avait que 1/15 de vision.

Après 8 jours d'obscurité, la vision de l'œil droit était égale à 1/2. L'œil gauche ne distinguait pas encore la lumière, mais on ne peut admettre qu'il présentait une amblyopie congénitale ; ce qui est important, c'est que le spasme des paupières diminua progressivement avec tant de rapidité qu'il est aujourd'hui complètement disparu.

Y a-t-il eu réellement réduction de la vision, chez notre premier sujet, à la suite de sa petite blessure ? — Nous ne le croyons pas : on peut bien admettre que, chez certains émotifs, il puisse se produire quelques troubles visuels passagers (photophobie, etc...). De là à exagérer et même à simuler l'amaurose, il n'y a qu'un pas ; beaucoup trop d'hommes, entraînés par l'intérêt qu'on leur témoigne, auront vite fait de le franchir.

Ce que l'un de nous peut affirmer, c'est qu'après 25 années de pratique à la clinique des Quinze-Vingts, il n'a jamais vu se présenter un seul cas d'amaurose dite hystérique motivant une demande d'entrée dans l'hospice des aveugles ; il est absolument convaincu que l'amaurose, dite hystérique, permanente, est un mythe.

Il n'est pas sans intérêt de faire connaître que B..., après avoir encouru une peine sévère pour désertion, a su trouver le moyen d'acquérir à sa cause des journalistes et une haute personnalité du monde littéraire, dont la philanthropie est bien connue, qui parlaient, avec émotion, de ce pauvre aveugle dont le crâne avait été traversé par une balle et à la cécité duquel les médecins ne voulaient pas croire. Nous devons ajouter que B..., on l'a su depuis, entretenait de régulières

correspondances manuscrites avec quelques jeunes personnes rencontrées au cours de sa cécité.

Une autre maladie des yeux provoquée est la conjonctivite.

Le cas suivant d'ophtalmie provoquée a donné lieu à quelques considérations intéressantes au point de vue médico-légal.

L'homme en question a séjourné pendant près d'une année dans divers hôpitaux. Il présentait, à droite seulement, une taie superficielle et un aspect jaunâtre de la conjonctive du cul-de-sac inférieur, avec formation pseudo-granuleuse sur le tarse supérieur. L'autre œil était sain.

Comme il s'agissait d'un Algérien, on put croire à une véritable ophtalmie granuleuse, mais il manquait le panus cornéen habituel en ces cas. On émit aussitôt l'hypothèse d'un catarrhe printanier ; mais celui-ci est bilatéral et s'atténue pendant l'hiver.

Envoyé au Val-de-Grâce comme suspect de supercherie, X. fut soumis à l'occlusion des deux yeux par bandeau, avec séjour au lit et régime lacté ; la maladie s'aggrava et se compliqua d'une dermite énorme des paupières à droite, qui pouvait s'expliquer par la possibilité, pour le malade, d'arriver à l'œil malgré le pansement, et qui orienta nos investigations.

Parallélement éclata une conjonctivite granuleuse sur le tarse supérieur droit, d'intensité extraordinaire, laissant le panus caractéristique de la cornée.

Le soldat fut alors placé dans une chambre obscure et spécialement surveillé sans aucun traitement ni visite de l'extérieur.

Dans son porte-monnaie, on trouva un paquet de poudre d'ipéca dont il ne voulut faire connaitre ni la provenance ni l'usage. Nous étions édifiés.

Un mois aprés environ, l'éruption granuleuse et la teinte jaunâtre du cul-de-sac inférieur, caractéristique de l'introduction d'ipéca avait presque disparu, ainsi que la dermite œdémateuse des paupières. Il restait une petite taie et l'homme fut rendu à son Corps.

Les cas de ce genre ne doivent pas être rares. Si nous en jugeons par quelques confidences, cette action particulière de la poudre d'ipéca est bien connue dans certains milieux.

Un autre militaire, ancien granuleux et guéri, avait été évacué des Dardanelles pour une conjonctivite tenace. Placé, pour cette affection et sur sa demande, dans le service auxiliaire, il fut affecté à une usine des environs de Paris. Il venait, tous les 15 jours à Paris passer 24 heures dans sa famille.

Il y a un mois, il se présenta au Val-de-Grâce, se disant atteint depuis la veille d'une conjonctivite intense des deux yeux, avec œdème du bord des paupières, teinte jaunâtre du cul-de-sac inférieur.

Son cas paraissait des plus suspects. Le râclage, avec l'anse de platine, du bord des paupières, n'ayant pas permis de trouver au microscope le corps du délit, l'un de nous, convaincu qu'il s'agissait d'une conjonctivite provoquée, eut l'idée de frotter le bord des paupières, la

caroncule et la conjonctive de cul-de-sac, pour rechercher le corps du délit. L'opération fut faite avec une fine boulette de fulmi-coton qui, desséché, dissout dans un peu d'alcool-éther, donna, par évaporation, une pellicule de collodion. Celle-ci, transportée sur une lame, fut examinée, dans l'eau, à un grossissement de 150 sans rien déceler d'anormal. Seuls, quelques filaments de coton mal dissous apparaissaient dans le champ du microscope mais l'amidon se colorant par l'iode, il était indiqué de rechercher cette réaction pour rendre les grains apparents.

Une goutte de solution iodée de Gram rendit immédiatement visible des amas de grains d'amidon teintés en noir. Une préparation type de poudre d'ipéca montra un aspect semblable, avec de plus quelques fibres végétales (celles-ci étant emportées par les larmes, nous ne devions pas les retrouver dans la préparation faite avec l'exsudat prélevé sur le malade).

On ne confondra pas les grains d'amidon d'ipéca avec ceux d'amidon ordinaire du blé, qui sont de dimensions régulières et plus gros, tandis que les grains trouvés dans la fécule de pommes de terre sont inégaux, très gros, et ovoïdes. La farine de riz, au contraire, montre des grains fins qui s'agglomérent en petites masses irrégulières.

Les poudres d'oxyde de zinc, de talc se composent de corps irréguliers et ne prennent pas l'iode, donc pas de confusion possible.

Par le procédé que nous venons d'indiquer, on peut, si l'on excepte les hommes travaillant dans les poussières de farine ou traités par une poudre à base d'amidon, établir, avec une extrême vraisemblance, s'il s'agit ou non d'une ophtalmie provoquée.

Aprés 4 jours d'isolement, avec une surveillance ne lui permettant pas de se ravitailler en ipéca, notre soldat était guéri.

Trois autres malades, par conjonctivite tenace, nous furent envoyés récemment ; il s'agissait de lésions minimes pour lesquelles la poudre d'ipéca ne devait pas être incriminée. Nous l'avons, cependant, recherchée sans succès, mais il ne faut pas oublier que les simulateurs ont plusieurs tours dans leur sac.

Il résulte de ces faits que, d'une part, si la simulation de certaines maladies purement fonctionnelles n'est pas toujours facile à démontrer, l'isolement préconisé, ne l'oublions pas, par Charcot et Weir-Mitchell, pour ne citer que ces deux auteurs, apporte une preuve directe de l'élément volonté dans leur étiologie et que, d'autre part, il existe des procédés permettant de démontrer objectivement la supercherie dans certaines maladies provoquées.

Hygiène publique

Les stupéfiants et la santé publique
La loi du 12 Juillet 1916 doit-elle être réformée ? (1)

Les dangers que font courir à l'individu et à la race l'emploi injustifié de certains médicaments, préoccupent depuis longtemps l'hygiéniste et le législateur. Lorsque les médecins ont poussé le cri d'alarme, l'opinion s'émut à son tour. C'est dans ces conditions que le Parlement vota la loi de 12 juillet 1916, réglementant l'emploi de certains médicaments dangereux, tout en édictant des formalités de vente destinées à diminuer le nombre des toxicomanes.

Depuis l'application de cette loi insuffisamment étudiée, il faut bien le dire, on ne tarda pas à s'apercevoir que si, d'une part, elle apportait une gêne à l'exercice de leur profession aux médecins et aux pharmaciens honnêtes, elle ne gênait guère ceux qui, dénués de scrupules, la contournaient trop facilement et que, d'autre part, les malades atteints d'affections graves, douloureuses, éprouvaient de la difficulté à se procurer la médication calmante dont ils avaient le plus pressant besoin. Il résulte de faits aujourd'hui non discutés, que les toxicomanes, qu'ils fument l'opium, se piquent à la morphine ou à l'héroïne, prisent de la cocaïne, boivent du laudanum ou de l'éther, etc., peuvent se procurer leur drogue aussi facilement qu'avant la loi à la condition d'y mettre le prix, pendant qu'un cancéreux, par exemple, est obligé de faire, trop souvent pour sa bourse, appel au médecin, s'il veut se procurer de la morphine (2). On a pu comparer la loi du 12 juillet 1916 à l'article du code pénal punissant le porteur d'armes prohibées, qui ne gêne que les honnêtes gens.

Loin de diminuer, le nombre des toxicomanes semble augmenter. L'usage de la cocaïne, notamment, pénètre dans les milieux où la drogue était autrefois inconnue. La jeunesse s'y essaie et ce n'est plus seulement dans les grandes villes ou les ports de mer, que se recrutent les adeptes de la seringue ou même du bambou et, surtout, de la petite boîte à coco.

On peut se demander si la loi sur les substances vénéneuses, en

---

(1) En collaboration avec le Professeur Cazeneuve, membre associé de l'Académie de Médecine, au nom des 1re et 7e sections de la Ligue d'hygiène mentale. (Séance de juillet 1921). — *Résumé.*

(2) Voir la discussion de la Société de Médecine légale de France. (Séance du 11 décembre 1916 et suivantes).

éveillant l'attention des chercheurs de sensations nouvelles, ne les a pas aiguillés vers les toxiques prohibés ? Le fruit défendu n'a-t-il pas toujours eu de l'attrait ?

La guerre a été aussi, croyons-nous, un important agent de diffusion. Le séjour au front, l'inaction angoissante, l'inquiétude du lendemain, la contagion par l'exemple, la propagande de certains toxicomanes faite autour d'eux, sans parler du snobisme et de la facilité avec laquelle on pouvait se procurer toutes sortes de drogues, ont été pour beaucoup dans la recrudescence du mal.

La drogue se faisant plus rare de par la loi, alors que la clientèle s'étendait, son prix augmenta. La fraude, devenue rapidement rémunératrice, s'organisa. C'est aujourd'hui un commerce florissant.

Mais, dira-t-on, il existe des sanctions sévères, les tribunaux sont armés et les délinquants condamnés ? — C'est vrai, en principe ; mais pas en fait.

La police est très renseignée et n'ignore pas davantage les fumeries d'opium, qu'elle n'ignore les officines gérées par des pharmaciens marrons et la plupart des trafiquants clandestins de drogues ; mais elle sait aussi beaucoup d'autres choses et, notamment, que la prudence est mère de la sûreté ; aussi, hésite-t-elle, parfois, à agir, lorsqu'elle se trouve en face de certaines personnalités. Il ne faut pas oublier, en effet, que les toxicomanes se soutiennent comme larrons en foire. Si, dans une collectivité, se trouvent deux invertis inconnus l'un de l'autre, on peut être certain qu'ils feront très rapidement connaissance. Il en est de même des toxicomanes qui, s'ils ne se recherchent pas toujours, se prêteront toujours un mutuel appui. Ces circonstances expliquent bien des faiblesses.

La *Ligue d'Hygiène mentale et de Prophylaxie* s'est émue d'un tel état de choses ; elle a chargé ses 1re et 7e Commissions réunies, de rechercher les meilleurs moyens à employer pour lutter contre le fléau. Ces commissions se sont demandées si la loi du 12 juillet 1916 méritait réellement les critiques formulées par MM. Courtois-Suffit et Giraud, dans leur lecture du 21 juin 1921 à l'Académie de Médecine et si, comme ces deux auteurs concluent, il était opportun de solliciter la révision de la loi.

Aux arguments invoqués (crises de répression, indulgence ou tolérance des juges, etc.), il y a lieu de répondre que, depuis cette lecture, la 10e Chambre a prononcé, dans une affaire de trafic de cocaïne, une peine de 2 ans de prison et la fermeture définitive d'une pharmacie. La loi permet donc une sévère répression, si on l'applique dans toute sa rigueur.

Devait-on, en ce qui concerne l'article 463 du Code pénal sur les circonstances atténuantes, demander la suppression de cet article au regard de la loi de 1918 ? — Une telle suppression a paru grosse de conséquences ; il se présente, en effet, devant les juges, quantité d'es-

pèces où des circonstances atténuantes peuvent être humainement invoquées.

D'autre part, cette loi du 12 juillet 1916, s'applique non seulement au trafic de la cocaïne, mais encore à celui d'autres drogues, la morphine en particulier ; or il y a lieu de faire remarquer que l'usage de ces deux drogues ne doit pas être confondu : la morphine est journellement employée par les médecins, beaucoup de malades sont devenus morphinomanes à la suite d'un emploi thérapeutique et justifié de la drogue, comme, par exemple, les malades souffrant de crises néphrétiques, sans parler des tabétiques, des cancéreux, etc. Cette différence est si marquée que nous nous sommes demandés s'il n'y avait pas lieu de disjoindre la question de la cocaïne, et d'en faire le sujet de mesures législatives spéciales, mais, à tout prendre, la loi, telle qu'elle est, se tient et permet l'indulgence dans certains cas, la sévérité dans d'autres ; mieux vaut donc ne pas y toucher.

Nos commissions ont aussi discuté l'opportunité de faire jouer « l'Excuse absolutoire » en faveur de dénonciateurs, laquelle joue pour certains crimes, tels que l'espionnage, la fabrication de fausse monnaie, les associations de malfaiteurs et peut-être prochainement l'avortement provoqué. Elles ont pensé que le législateur n'étendrait probablement pas cette mesure à la répression de la fraude sur les substances toxiques et que, d'ailleurs, elle entraînerait une révision de la loi, ce qu'il faut éviter.

Si nos commissions ont repoussé nettement toute réforme de la loi du 12 juillet 1916, qui paraît insuffisante, à la condition de l'appliquer sans faiblesse, elles se sont prononcées en faveur de vœux aboutissant à une plus grande vigilance de la police et une plus grande sévérité des tribunaux.

Nos commissions ont décidé simplement que des démarches soient faites auprès du Ministre de l'Intérieur, pour demander une surveillance plus active de la part de la police. La question de primes à distribuer aux Inspecteurs, pour stimuler leur zèle, a été envisagée, mais cette proposition n'a pas été retenue. L'attribution de primes a été considérée comme un moyen démoralisateur, d'ailleurs le Parlement a supprimé ces primes pour les délits en matière d'alcool, qui se rapprochent quelque peu des produits toxiques visés par la loi de 1916.

C'est à l'unanimité qu'il a été décidé que des démarches devraient être aussi effectuées auprès du Garde des sceaux, pour que, par une circulaire aux Parquets, une sévérité plus grande des juges soit obtenue. Cette circulaire devra, dans l'esprit de nos deux commissions, rappeler les magistrats à une application de la loi Béranger plus conforme à l'idée du législateur, en insistant pour que la répression soit plus sévère lors d'une nouvelle condamnation, contrairement à ce qui se fait trop, le juge ne condamne, en effet, souvent le bénéficiaire de la loi Béranger, qu'à une peine d'amende, lors d'un second délit, pour

lui éviter la prison à laquelle il a été condamné avec sursis, une première fois.

Pour être complets, disons que la 1re et la 7e Commissions se sont encore occupées des mesures qu'il serait possible de prendre pour enrayer l'introduction en fraude d'énormes quantités de cocaïne qui pénètrent en France ; mais il est apparu que cette drogue est si facile à dissimuler par petites quantités, et que les fraudeurs emploient des moyens si variés, voire même l'aviation, que la douane étant désarmée, il était inutile d'intervenir auprès du Ministre des Finances.

Il n'en serait peut-être pas de même d'une démarche auprès du Sous-Secrétariat des Postes : En effet, un gros trafic de cocaïne s'effectue par voie postale, et une surveillance de certains envois postaux pourrait donner des résultats ; toutefois cette dernière motion demande une enquête préalable auprès des services compétents. En attendant, la commission s'en tient aux mesures formulées plus haut (plus grande sévérité de la part des juges ; surveillance plus effective de la Police), sans préjudice des démarches spéciales auprès d'autres autorités, en particulier du Préfet de Police à Paris, le Ministre de l'Hygiène et de l'Agriculture dont relève l'inspection des pharmacies.

Comme conclusions, les 1re et 7e commissions réunies vous proposent les résolutions suivantes :

La Ligue de Prophylaxie et d'Hygiène mentales,

Considérant les dangers que fait courir à l'individu et à sa descendance, et aussi bien à la sécurité publique, l'usage injustifié, de plus en plus répandu, des poisons stupéfiants visés dans le tableau B du Décret du 14 septembre 1916,

Emet le vœu :

1° que la surveillance concernant le trafic de ses substances vénéneuses soit plus vigilante et plus rigoureuse ;

2° que les Parquets soient invités à requérir contre les délinquants toutes les sévérités de la loi.

Les services libres pour les petits psychopathes (1)

La guerre, en multipliant — surtout parmi les blessés du crâne et les commotionnés — le nombre des psychopathes légers, a attiré l'attention sur cette catégorie de malades.

Le Gouvernement Militaire de Paris, sur mon initiative, avait créé le mode nouveau d'assistance qui convenait à des psychopathes, dont

---

(1) Extrait d'une communication à la *Ligue de Prophylaxie et d'Hygiène mentales.*

l'internement n'était pas nécessaire. Pour ces malades, qui furent désignés sous le terme de *Petits mentaux*, on organisa dans les Asiles de Maison-Blanche et de Ville-Evrard et ailleurs des services ouverts, non soumis à la loi de 1838 visant le régime des aliénés.

Mais les services créés ayant été fermés après la guerre, ces psychopathes sont restés sans secours. D'après la loi du 31 mars 1919 ils ont bien droit à l'assistance ; mais en fait cette loi est inopérante parce qu'il n'existe pas de services hospitaliers pour les recevoir. Les hôpitaux ne les reconnaissent pas comme atteints de maladie réclamant des soins urgents, et les asiles ne s'ouvrent que pour les individus qui sont dans les conditions requises pour y être internés selon les formalités de la loi de 1838 (1).

Prophylaxie et traitement de la tuberculose dans les asiles d'aliénés (2)

La lutte contre la tuberculose doit être, dans un asile d'aliénés, l'objet de préoccupations plus attentives que dans toute autre collectivité.

Le danger de contagion est, en effet, plus grand dans ces asiles que partout ailleurs, car il est difficile d'apprendre à un aliéné tuberculeux à pratiquer les précautions hygiéniques indispensables.

D'autre part, si la société a le droit de priver de sa liberté un de ses membres, dans un souci légitime de propre sécurité, elle n'a certes pas celui de l'exposer à une contagion redoutable entre toutes.

La fréquence de la tuberculose dans les asiles tient non seulement à la contagion si facile, mais encore à cette raison capitale, que la tuberculose est très souvent la conséquence de la déchéance physique survenant dans nombre de maladies mentales. Les paralytiques généraux, les déments précoces, les idiots se tuberculisent avec une facilité toute particulière, et répandent inévitablement autour d'eux des germes morbides.

Comme facteur étiologique, on doit malheureusement trop souvent incriminer encore la mauvaise installation des locaux, qui rend impraticables les précautions hygiéniques même élémentaires, sans parler de l'encombrement, cette plaie de beaucoup d'asiles français.

Enfin, le médecin a le devoir strict de se préoccuper de son person-

---

(1) Cette lacune a été en partie comblée par le Conseil général de la Seine qui a décidé d'ouvrir à l'Asile Clinique (Sainte-Anne) un service ouvert pour les petits psychopathes.

(2) Communication au Congrès de la Tuberculose, 1905. — Extrait des *Annales médico-psychologiques*, janvier-février 1906.

nel, qui passe sa vie au milieu des aliénés, et de veiller à ce que celui-ci ne se contamine pas à leurs voisinage.

Depuis quelques années, dans tous les pays, on s'occupe de cette question et, dès 1888, elle a été l'objet de nos soins ainsi qu'il résulte d'un rapport de l'année 1889 à M. le Préfet de la Seine sur la première application systématique, en France, de l'isolement des aliénés tuberculeux et de leur traitement par la cure d'air.

Dans ce but, nous avons fait aménager, à très peu de frais, dans le jardin de notre infirmerie, un petit sanatorium comprenant cinq lits et consistant en un simple abri rectangulaire avec une galerie ouverte.

Les malades séjournent dans ce sanatorium été comme hiver, jour et nuit, et y sont soumises à un traitement diététique et médicamenteux approprié à leur état physique et mental. Les dangers de la contagion sont ainsi presque nuls pour les autres pensionnaires de l'asile.

Toutefois, il convient d'exclure du sanatorium deux catégories d'aliénées :

1° Les aliénées très agitées et dangereuses ;

2° Celles dont les lésions tuberculeuses sont trop avancées pour que des chances de guérison existent.

Ces deux dernières catégories de malades sont maintenues dans des chambres d'isolement et des cours isolées où, au moins, elles sont assez inoffensives au point de vue de la contagion.

Dix-sept années de cette pratique personnelle nous en ont montré l'efficacité.

Depuis trois ans, 17 aliénées tuberculeuses, ou simplement suspectes, ont séjourné dans ce sanatorium : parmi ces malades, 6 ont été nettement améliorées ; chez 2 malades, l'état est resté stationnaire, l'une est atteinte de tuberculose ganglionnaire du cou, l'autre a été opérée d'une fistule anale consécutive à des lésions pulmonaires anciennes ; chez 5 malades, les résultats sont encore incertains ; enfin 4 ont succombé. Sur ces dernières, une était cardiaque et avait, en plus, une affection organique grave des centres nerveux, une autre était épileptique, les deux autres étaient des vésaniques simples.

Depuis 1888, ce petit sanatorium a presque toujours été occupé par un certain nombre de tuberculeuses ; plusieurs, dont quelques infirmières, y ont recouvré la santé ; toutes les malades ont reconnu le bien-être qu'elles éprouvaient à vivre en plein air, sans jamais être incommodées par le froid, même aux époques les plus rigoureuses de l'hiver ; d'ailleurs, les malades du sanatorium sont revêtues de chemises de flanelle et, pendant la saison froide, elles couchent entre deux couvertures de laine et sont munies de chauds édredons et de bouillottes dont l'eau est régulièrement renouvelée. Il est recommandé aux malades de ne pas cracher ailleurs que dans un crachoir antiseptique;

la literie et la vêture qu'elles abandonnent dans leur ancien quartier sont rigoureusement désinfectées ; le parquet de la chambre-abri est fréquemment lavé avec une solution de sublimé ou de formol.

Au point de vue de la fréquence de la tuberculose chez les aliénés séquestrés, une enquête auprès de nos collègues des asiles départementaux nous a montré qu'il y a une très grande inégalité dans le pourcentage des aliénés tuberculeux, — il est un asile où on compte 50 tuberculeux sur une population de 880 aliénés.

En général, les conditions d'assistance des tuberculeux dans les asiles sont lamentables et la principale cause en est dans l'insuffisance des crédits mis à la disposition des médecins.

L'adoption d'un système d'isolement analogue à celui que nous venons de décrire pourrait s'effectuer sans grands frais, puisque la main-d'œuvre de l'asile suffirait pour édifier le sanatorium nécessaire à la prophylaxie et à la cure.

Il n'est que juste d'ailleurs de signaler que dans plusieurs établissements des mesures sérieuses ont été prises, et que même, dans quelques asiles, des quartiers spéciaux ont été aménagés. Ce sont là les conséquences heureuses de la circulaire de M. le Ministre de l'Intérieur de juin 1901, dans laquelle il était recommandé aux directeurs d'asile de veiller à la diminution de la contagion tuberculeuse par l'installation plus conforme à l'hygiène des services et par l'aménagement, si possible, de quartiers spéciaux pour tuberculeux.

Il y a donc lieu de formuler le vœu que dans tous les asiles d'aliénés, l'installation de locaux spéciaux, préconisés par la circulaire ministérielle de juin 1901, devienne obligatoire, et que ces quartiers spéciaux soient aménagés au triple point de vue de l'isolement, de la prophylaxie et du traitement des aliénés tuberculeux ou même simplement suspects.

Les priseurs de cocaïne (1)

Quatre priseuses de cocaïne, arrivées récemment à l'Admission, appartiennent au même milieu, Montmartre, qui, avec le quartier de la Porte-Maillot et le quartier latin, est un des centres parisiens où sévit le plus la cocaïne.

Parmi ces quatre malades, on trouve deux cas de cocaïnomanie pure, dont l'un est presque classique, l'autre présente des détails atypiques, mais leur comparaison permet-elle de fixer la symptomatologie de la cocaïnomanie ?

(1) (*Bulletin de la Société Clinique de Médecine mentale*, n° 8, novembre 1912), en collaboration avec M. Vinchon. — *Résumé.*

Chez toutes, les troubles de la sensibilité générale dominent ; l'anesthésie cutanée est plus ou moins complète, de même la sensation du froid. Les hallucinations, les illusions sont très variables : les visions sont mégalopsiques ou micropsiques, grises ou colorées ; de même que les voix, elles sont plutôt une évocation intense d'un souvenir précis et impressionnant qu'une hallucination à proprement parler.

L'irritabilité devient excessive, les interprétations sont toujours suivies des mêmes réactions. De là, des querelles et des scènes de violence.

L'affaiblissement intellectuel suit l'affaiblissement physique. Les idées délirantes, trop transitoires, ne nous ont pas permis de reconstituer un délire systématisé. Nous n'avons pas retrouvé les accidents convulsifs classiques, mais seulement du tremblement, à des degrés divers, des extrémités et des lèvres avec parole saccadée et explosive.

L'état de besoin apparaît plus tôt que dans la morphine, parfois au deuxième jour : il est moins impérieux. Il est très rare que les cocaïnomanes essaient de se guérir d'eux-mêmes : toutes nos malades sont arrivées à l'Admission à la suite d'expertises médicales ayant abouti à un non-lieu.

Elles se connaissaient, plus ou moins, avant leur entrée à l'Admission, faisant partie de ce monde spécial de Montmartre où la proportion des cocaïnomanes est d'autant plus considérable que les intoxiquées de longue date font incessamment de nouvelles adeptes et que la cocaïne se trouve plus facilement : fournie, le jour, par un pharmacien ami, la nuit par un chasseur de restaurant, une
ou certains individus connus pour vendre la drogue dont le prix d'achat finit par épuiser les ressources inégales des cocaïnomanes.

La contagion, d'ailleurs, ne va pas toujours de l'individu intoxiqué à l'individu sain : celui-ci peut solliciter la première prise ; souvent, aussi, il agit par imitation automatique, sans que la volonté intervienne. Le terrain de la contagion est malheureusement tout préparé: les pauvres filles qui arrivent à Montmartre parce qu'elles ne peuvent supporter ni la discipline de la famille ni celle de l'atelier, présentent une force de résistance déjà bien amoindrie qui s'use de jour en jour dans la terrible vie qu'elles mènent : l'épuisement s'accroît sans cesse et, chaque soir, elles sentent la fatigue qui les guettent, à l'heure où il faut sortir, — c'est l'heure de la première prise où il en est tant qui finissent par chercher le coup de fouet fatal.

Or, malgré l'ordonnance du 29 octobre 1846, le décret de 1850 et celui de 1864 qui réglementent la vente de substances vénéneuses, nous venons de voir que, en y mettant le prix, les initiés peuvent se procurer de la cocaïne, aussi bien d'ailleurs que de la morphine.

Cependant, les tribunaux n'hésitent pas devant les répressions lors-

que des plaintes fondées leur ont été déférées. Mais, pour que la justice informe, il faut une plainte et cette plainte ne peut, pour être admise, émaner que de la partie directement intéressée, c'est-à-dire du malade. Il a été jugé, en effet, qu'un syndicat de médecins n'était pas censé avoir un intérêt suffisant pour déférer au parquet une infraction aux règlements dont il s'agit et demander des dommages-intérêts.

La victime hésite à déposer la plainte qui serait nécessaire et il répugne à un médecin d'employer le moyen détourné de la dénonciation.

Enfin, et surtout, ne se trouverait-il plus de pharmacien pour délivrer de la morphine ou de la cocaïne sans ordonnance, il surgirait toujours, le besoin créant l'organe, de louches trafiquants prêts à vendre le poison aux amateurs.

Il est nécessaire que les légistes précisent les mesures prohibitives qu'il conviendrait de prendre.

Le « sevrage brusque » dans le morphino-cocaïnisme (1)

Les trois morphino-cocaïnomanes dont il s'agit ont pour caractère commun, d'avoir été désintoxiqués par la méthode de suppression brusque.

Aucun de nos trois malades n'a jamais éprouvé le moindre trouble cardiaque. Faut-il alléguer que, par précaution, ils prenaient chaque jour de 0,60 à 0,80 centigr. de spartéine. Grâce à ce préventif ou pour tout autre motif, aucune tendance au collapsus ne fut jamais constatée.

L'un d'eux eut un peu de diarrhée pendant 24 heures.

Ils furent soumis au régime lacté et traités, comme toujours, par le repos absolu au lit, sous de chaudes couvertures.

Le sevrage brusque nous semble donc être la méthode de choix, surtout chez les jeunes sujets et chez ceux ne présentant aucune lésion organique grave.

Il va sans dire qu'elle n'est intégralement applicable que dans les services fermés.

---

(1) *Bulletin de la Société Clinique de Médecine Mentale*, n° 8, novembre 1913. — *Résumé.*

Les fumeurs de Jusquiame [1]

L'usage thérapeutique de la jusquiame remonte aux premiers âges de la médecine ; les anciens auteurs la citait parmi les médicaments « assoupissants » ; dans la névralgie dentaire, ils recommandaient la fumée de jusquiame dirigée vers la région douloureuse au moyen d'un entonnoir ou d'une « canne » ; ils employaient couramment les onguents et emplâtres de feuilles de jusquiame comme analgésiques locaux. L'auteur des notes archéologiques parues en février 1909 dans la chronique médicale signale des pipes remontant à l'époque gallo-romaine, comme ayant pu servir à fumer la jusquiame. Ambroise Paré écrit à propos de solanées rendant insensé : « La jusquiame induit une aliénation d'esprit telle que si l'on était ivre, un tournement de corps tel que les malades se distendent les membres avec tremblement. Surtout, ce symptôme en ce venin est un signe, c'est que les malades sortent tellement hors du sens, que l'imagination en est troublée, il pense qu'on les fouette par tout le corps, bégayant de voix et bramans comme asne, puis gémissent ainsi que les chevaux comme escrit Avicenne ; son antidote sont les pistaches mangées en bonne quantité. »

Dans un ouvrage du XVIIe siècle (*Traité des plantes qui peuvent être employées en médecine*), l'auteur mentionne que certaines personnes font abus de la jusquiame, pour se plonger dans un état de rêve et se procurer des ravissements, mais que cette pratique, autrefois répandue dans un couvent de moines tourangeaux est actuellement abandonnée.

Dans le dictionnaire universel, on lit à l'article « *Jusquiame* » Ceux qui usent de jusquiame sont regardés comme des débauchés, parmi les Turcs, et leurs docteurs les plus rigides en condamnent l'usage comme celui du vin.

Enfin, sans prétendre faire la bibliographie de la jusquiame au point de vue de son emploi par les toxicomanes, nous rappelons que dans sa flore médicale, Chaumeton a noté : La jusquiame entre dans la composition du benjé, qui est devenu un besoin de première nécessité pour les peuples des contrées brûlantes de l'Inde comme l'opium l'est pour les Turcs et le vin pour un petit nombre d'ivrognes répandu sur le globe.

Ceci était écrit en 1846 : depuis, les ivrognes ont augmenté de nombre. Quant au benjé, c'est une composition de canabis indica et

---

(1) En collaboration avec M. le Docteur Louis LIVET, médecin adjoint des asiles. (*Bulletin de la Société de Médecine légale*, Séance du 3 février 1920). — *Résumé.*

de jusquiame (haschich, en Indoustan, se dit banji) et le plus estimé vient du Bengale.

L'usage de la jusquiame est donc à la fois très ancien chez nous et trés répandu en Orient. Gustave Flaubert, dans *Salambô*, mentionne les buveurs de jusquiame qui, dans leur ivresse dangereuse, « se jetaient sur les passants qu'ils déchiraient ». Il dit, un peu plus loin, que les buveurs de jusquiame, dans une scéne de délire religieux, marchent à quatre pattes autour de la statue du Dieu.

Nous ne saurions dire si la narcomanie a précédé la thérapeutique ou si l'inverse a eu lieu ; nous penchons toutefois vers la première hypothése. Ce qui est certain, c'est que, d'aprés Helianus, le nom, donné à la plante pai les Grecs lui vient de ce que les boucs en ayant brouté devenaient comme « égarés et excités ». Ces animaux connaissaient, fort heureusement, le remède à leur délire. Ils se plongeaient et s'ébrouaient dans les fontaines.

Si nous en croyons Beaudelaire, on pénétre dans ces paradis artificiels par 3 portes principales : celle de l'opium, de l'alcool et du haschich.

Il y en a beaucoup d'autres, mais ce n'est pas une nouvelle porte qui s'ouvre de nos jours avec la jusquiame puisque, nous l'avons dit, son usage est trés ancien ; d'autre pai t, son action, comme nous allons le voir, se rapproche de celle du haschich.

Dans le cas où cette funeste habitude se répandrait en France, nous devons signaler, dés maintenant, qu'il n'en existe encore que de rares et timides foyers.

A vrai dire, il y a eu toujours en Europe quelques fumeurs de jusquiame ; cet usage se serait surtout manifesté à l'époque du romantisme, sans toutefois sortir d'un cercle trés restreint d'initiés.

Actuellement, à Paris, le nombre des fumeurs de jusquiame est limité à quelques unités. Cette intoxication n'est d'ailleurs qu'un appoint assez faible aux multiples perversions des toxicomanes, car les adeptes, connus de nous, avaient déjà goûté à l'opium et au haschich.

Nous ne connaissons aucun fumeur exclusif de jusquiame en France. Peut-être en existe-t-il ailleurs et notamment en Italie où se fabriquent les pipes destinées à l'usage de cette drogue.

L'opération comporte une instrumentation spéciale et une certaine préparation. Il faut au fumeur, en plus de jusquiame, une pipe, une pincette et un brasero.

La pipe est généralement en verre de Venise et d'un galbe élégant et bizarre. Ces pipes se fabriquent en Italie ; on n'en peut guère trouver en France que chez les brocanteurs. Le foyer se compose de deux parties : le foyer proprement dit et le renflement de raccord. Le tuyau, long de 50 à 60 centimètres, présente deux renflements fusiformes, l'un prés du foyer, l'autre plus haut ; ils sont destinés à refroidir la fumée et régulariser son débit.

Le foyer est évasé en tulipe ; il reçoit un petit panier en fil d'argent qui y reste suspendu intérieurement par quelques fils recourbés en crochet. C'est le panier qui reçoit la quantité nécessaire de feuilles de jusquiame, c'est-à-dire environ deux dés à coudre.

Au-dessous du foyer a été ménagé un renflement, à peu près sphérique, dont le diamètre se rapproche du diamètre supérieur du foyer. Ce renflement est destiné à recevoir une boule d'ouate qui sera imbibée d'essence odoriférante. Autrefois, on se servait du duvet floconneux de certaines autres plantes.

La partie de la jusquiame employée est la nervure de feuilles sèches. On la découpe en petits rectangles de 10 à 15 millimètres de côté.

La pincette en argent ou en cuivre a une longueur de 25 à 30 centimètres ; une de ses branches est articulée à la base pour obtenir plus de commodité dans la préhension.

La pipe étant bourrée, le fumeur saisit avec la pincette un morceau de braise incandescente, l'approche du foyer en aspirant quelques bouffées. Cette fumée s'est parfumée en traversant la boulette d'ouate; il faut « l'avaler », ce qui est assez désagréable et provoque fréquemment des nausées, surtout chez les débutants.

Les premiers symptômes de l'intoxication se révèlent par une lourdeur de tête et des bruits d'oreilles, rappelant le son de « nombreuses petites clochettes d'argent », très fines et très lointaines.

Au dire des fumeurs ayant goûté aux deux poisons, ces bruits seraient moins perceptibles avec la jusquiame qu'avec le cannabis.

Puis survient une sensation, que les initiés qualifient d'extraordinaire lucidité intellectuelle ; ils éprouvent, en même temps, une sensation de légèreté physique. A l'inverse de ce que l'un de nous a observé, chez un mangeur de haschich, le fumeur, loin de ressentir un besoin de mouvement, éprouve de l'engourdissement des extrémités ; ses mains, ses pieds, ne paraissent plus faire partie de sa sensibilité cœnesthésique. La dissociation psycho-sensitive est le prologue de la période hallucinatoire.

Cette première phase n'est d'ailleurs pas contante car, ainsi que nous le confirme un fumeur intelligent, elle varierait suivant la constitution émotive du sujet.

Souvent interviennent alors des idées de transformation corporelle ; les membres paraissent être de verre ; les mains apparaissent comme extrêmement petites ou très grandes ; l'esprit n'établit plus les rapports géométriques et perspective des objets et du moi.

Les déformations de l'optique seraient moindres que dans le haschichisme ; de même, l'envie irrésistible de rire que donne l'intoxication cannabienne ne se serait jamais manifestée dans les cas parvenus à notre connaissance. Des sensations sexuelles voluptueuses s'observent plus fréquemment ; elles sont d'une durée plus courte que dans le

haschich et ne s'accompagnent pas d'érections. L'activité hallucinatoire est très grande et se traduit par des visions terrifiantes et des mirages kaléidoscopiques qui se partagent le ravissement du dormeur.

Si l'intoxication est entretenue on voit survenir un état d'onirisme ambulatoire au cours duquel le sujet peut se livrer soit aux actes habituels de son existence, soit à des actes bizarres délictueux ou, peut-être, criminels. C'est la période médico-légale.

Le réveil se produit sans fatigue mais s'accompagne d'une certaine lourdeur de tête et parfois de céphalée occipitale.

Telles sont les caractéristiques psycho-somatiques que nous a révélées l'examen d'un fumeur de jusquiame.

Cette forme de toxicomanie, vu sa grande rareté, n'offre guère encore fort heureusement, qu'un intérêt de curiosité. En sera-t-il toujours ainsi ?

Le diagnostic avec le haschichisme est-il possible ? La durée de la narcose, chez le fumeur de jusquiame, est-elle plus courte que celle du fumeur de haschich. L'absence de rire irrésistible, le bruit des clochettes lointaines serait-il caractéristique ? Il y aurait là un élément de diagnostic, si d'autres observations confirmaient cette constatation. Mais nous ne saurions, à l'heure actuelle, répondre à ces questions. Quoiqu'il en soit, le humage de la fumée de jusquiame, grâce à la pipe particulière qu'il exige reste cantonné dans un cercle très restreint d'amateurs ; son extension n'est guère probable ; c'est, croyons-nous, surtout une perversion de la curiosité qui a tiré de l'oubli cet usage depuis longtemps en désuétude.

Nous n'assignons à notre observation d'autre valeur médico-légale que celle fournie par l'instrumentation spéciale utilisée par les nouveaux adeptes de la très ancienne drogue. Lorsqu'on présentera à un médecin-expert une pipe de la forme qui vient d'être décrite, une pince et un panier en filigranes, s'adaptant au foyer de la pipe, il devra penser à un matériel de fumeur de jusquiame. S'il s'y trouve joints quelques fragments de feuilles de jusquiame, son édification sera complète.

Notes documentaires sur le cannabis. Les fumeurs de « Gandia » (1)

Parmi toutes les substances onirogènes que l'homme a utilisées, c'est au cannabis que doit être attribuée la première place ; on trouve la trace de son emploi dès une époque ancienne de l'humanité et sous plusieurs latitudes.

La raison d'une pareille extension réside sans doute au premier chef dans les propriétés ébrieuses de ce végétal ; mais, d'autres influences ont aussi grandement contribué à la répandre si universellement : sans vouloir aujourd'hui aborder les raisons psychologiques de cette diffusion, nous soulignerons simplement la diversité des préparations auxquelles le cannabisme donne lieu et la grande variété que peuvent revêtir les pratiques narcomaniaques que le médecin légiste doit connaître.

La population noire de l'île Maurice fait depuis longtemps usage dans certaines circonstances de feuilles séchées de cannabis placées, pour être fumées, dans de petits fourneaux de terre que le noir porte avec lui. Si, dans le groupe des travailleurs occupés à l'exploitation des cannes à sucre, un des ouvriers fournit un rendement moindre, semble rêvasser au cours de la journée et s'abstraire plus ou moins longtemps de sa tâche accoutumée, une observation un peu attentive révèlera son vice favori. Mettant à profit les instants de repos de son équipe, on le verra tirer de ses vêtements un petit fourneau de terre cuite de la forme d'un gobelet, mais présentant près de sa base un petit trou ; dans ce gobelet, il mettra quelques pincées d'une herbe sèche, et, appliquant ses lèvres à l'ouverture inférieure, il allumera cette pipe originale et aspirera goulûment quelques bouffées ; peu après, une sorte d'excitation euphorique l'agitera ; puis, si la dose a été trop forte ou plusieurs fois répétée, l'agitation cèdera la place à un état de torpeur, au dégoût du travail, à la rêvasserie, forme atténuée de l'onirisme narcotoxique.

L'agent producteur de cette sorte d'ivresse n'est autre que le chanvre indien. Il est connu à Maurice sous le nom de gandia qui est aussi celui qu'on lui donne aux Indes. Ce nom désigne spécialement la plante que le langage scientifique appelle « canabis indica ». On le dénomme encore bango ou banghi, aux Indes. Ce dernier vocable désigne plus expressément la plante séchée ou préparée pour être fumée, alors que « gandia » s'applique surtout à la plante intacte et naturelle. Haschich est un terme arabe qui signifie l'herbe, dont dérive le

---

(1) En collaboration avec le Docteur Louis Livet, médecin adjoint des Asiles. *Bulletin de la Société de Médecine légale*. Séance de janvier 1921. — *Résumé*.

mot assassin et qui, en l'occurence, désigne l'extrait de chanvre, préparé d'une certaine façon pour être absorbé par les voies digestives ; c'est par une extension abusive du terme que l'on peut parler de fumer le haschich.

Le gandia ne se cultive pas à Maurice, mais il y rentre par contrebande et s'y vend très cher, exactement son poids d'argent ; des trafiquants vont le chercher à l'Ile de la Réunion où son commerce est plus libre et le rapportent, en fraude, à Maurice. Malgré sa prohibition sévère, l'usage de fumer le gandia est assez répandu. Les indigènes, même fort pauvres, n'hésitent pas à donner, pour en avoir, tout l'argent qu'ils possèdent. Ceci est d'autant plus curieux qu'un autre végétal, puissant narcotique, presque l'égal du cannabis, le *datura strammonium*, est ignoré comme stupéfiant quoique répandu à profusion dans l'île toute entière ; les indigènes, ou bien ne le connaissent pas ou bien ont gardé la coutume atavique de fumer le gandia à l'exclusion des autres plantes.

Il est une particularité sur laquelle nous devons encore nous arrêter, c'est que la fumerie de quelques pipes de gandia prépare habituellement la perpétration d'un acte criminel : l'individu qui veut tirer vengeance de son semblable fume le gandia et, par ce moyen, réalise une excitation factice au cours de laquelle il met à exécution son criminel projet ; c'est encore là un exemple typique de l'importance de l'idée fixe et de sa prévalence comme phénomène onirique pré ou post-narcotique. Si l'idée criminelle pousse le sujet à s'enivrer pour passer de l'idée à l'acte, le narcotique, à son tour, développe cette idée, la renforce, lui subordonne le psychisme tout entier, lui confère finalement l'objectivité nécessaire à sa réalisation.

Cette destination du narcotique est si connue que, lorsqu'un crime se produit entre indigènes, il est bien rare que l'habitude de fumer le gandia ne se révèle pas dans les antécédents du criminel ; d'autre part, le fumeur de gandia a toujours la réputation d'un mauvais sujet ; on a pu voir pareillement, chez nous, l'alcool procurer une obnubilation de la conscience et une excitation factice à celui qui médite une mauvaise action, alors que le buveur serait incapable de la commettre s'il était de sang-froid.

On peut donc distinguer, dans cette pratique, trois destinations différentes : le gandia employé comme stimulant à petites doses par les ouvriers, au même titre que l'alcool chez nous, ou utilisé pour ses propriétés purement narcotiques et onirogènes ou, enfin, tout spécialement à Maurice, fumé par les indigènes en vue de chercher, dans une conception prénarcotique d'un acte, la fixité et la prévalence nécessaires à son exécution, cette conception étant souvent dirigée vers un but criminel.

Ces particularités rapprochent les fumeurs de gandia des fumeurs de kif en Algérie ; ces individus commettent, pareillement, sous l'in-

fluence de la drogue, des aetes de violenee, batailles, eoups de eouteau, ete... ; le produit fumé est, eependant, un peu différent, de même que l'appareil en usage présente également quelques partieularités.

Si l'on veut bien eonsidérer les différents modes d'absorption du cannabis, on pourra voir quelle ingéniosité ont déployé dans cet ordre d'idées les différents adeptes de la drogue, depuis l'antiquité.

La première mention eonnue se trouve dans Hérodote : A l'en croire, les Massagets, qui vivaient sur les bords de l'Arabie, projetaient sur des pierres rougies au feu des graines de ehanvre, respiraient les vapeurs qui s'en dégageaient et, sous l'influenee de l'ivresse, ils se mettaient à ehanter et à danser. C'est évidemment là un proeédé très primitif d'intoxieation narcomaniaque : Il était assez répandu, puisque d'autres auteurs, tels que Plutarque et Pomponius Méla, rapportent des faits analogues que, pareillement d'ailleurs, ils attribuent aux peuplades de Thraee. Ce pays, peut-être le bereeau de la eivilisation européenne, a toujours été eélèbre par les secrets merveilleux et les pratiques oeeultes de ses magieiens, dont les Bohémiens aetuels sont les deseendants.

Il faut rapproeher de ee premier mode de nareomanie cet autre qui eonsiste simplement à brûler les plantes elles-mêmes et s'enivrer de leur fumée.

C'est l'usage ıelaté par Plutarque ; e'est aussi, d'après un roman tout réeent (l'*Atlantide,* de Pierre Benoît), le procédé qu'emploie un des personnages pour enivrer et eapturer les officiers qu'il doit eonduire à l'héroïne Antinéa ; on lit également dans cet ouvrage une intéressante deseription des symptômes psychiques de l'intoxieation cannabinienne.

A une époque plus rapprochée de la nôtre, le plaisir devient plus raffiné ; il faut le ehoisir, le doser, le distiller en quelque sorte. Les feuilles de ehanvre sont brûlées sur un brasier et la fumée est dirigée vers la bouche au moyen d'un entonnoir ou d'une eanne.

Bientôt le brasier devient un petit fourneau analogue à celui que nous venons de déerire et dont les Maurieiens aspirent la fumée par l'orifiee de la base.

Plus tard, un tuyau se fixe à eet orifiee et la pipe est inventée. C'est à la pipe que s'adressent les Turcs et, en Algérie, les fumeurs de kif. Ce dernier produit est, on le sait, constitué par les sommités fleuries du cannabis indiea, les propriétés des fleurs étant supérieures à eelles des feuilles eomme narcotique.

Un perfeetionnement de la pipe donna enfin le narguilé dans lequel la fumée, avant de passer par le tuyau d'aspiration, barbotte dans une eau qui la parfume et la dépouille de son âereté.

D'autres adeptes se dispensent de tout appareil : Les fumeurs de chanvre, au Mexique, roulent des feuilles de chanvre dans une feuille

de tabac ou de maïs et confectionnent ainsi un gros cigare qu'ils fument en commun.

Au Mexique et pareillement en Turquie, on fume encore des cigarettes en utilisant un mélange de tabac et de feuilles de chanvre ; il faut, pour être actives, qu'elles ne soient pas trop desséchées.

On fume encore le tabac en cigarettes après l'avoir fait infuser dans une décoction de cannabis.

Voici donc, sans parler de ce que nous ignorons, neuf procédés différents d'absorption du cannabis par les voies respiratoires. D'autres moyens sont encore à la disposition des narcomanes ; car la voie digestive, l'absorption cutanée ont été pareillement employées.

Nous n'avons pas vu, au cours de nos recherches, mentionner pour le cannabis, la pratique de priser de la poudre des feuilles ; c'est pourtant un usage qui a ses partisans pour d'autres plantes analogues, telles que le datura, l'acacia-niopo, sans parler du tabac et de la cocaïne. La poudre peut être prisée directement ou portée dans les narines au moyen de tubes d'aspiration.

Nous n'avons pas rencontré non plus la mastication du cannabis ; on peut supposer que cette mastication, à l'origine, a été pratiquée par certaines peuplades, et que, pour le cannabis, il fut procédé comme pour la coca, le bétel ou les bourgeons de l'arbuste appelé « Catho edulis », qui procure à ceux qui le mâchent une ivresse passagère.

La grande vogue du cannabis est surtout due à son extrait gras connu sous le nom de haschich, auquel le romantisme a fait une réclame universelle. Les noms de Beaudelaire et de Théophile Gauthier s'associent à l'autorité scientifique de Moreau de Tours pour faire connaître ses décevantes propriétés.

A ces électuaires sont souvent incorporés des aphrodisiaques (cannelle, girofle, gingembre ou cantharide). Ces divers produits sont parfois absorbés dans du pain enchanté ou dans une tasse de café. Il est très important de les prendre à jeun et d'éloigner le repas suivant jusqu'au soir. On en fait, aussi, des pilules, pastilles, tablettes, qui sont absorbées avec du café.

Les Arabes de l'Algérie et les Aissaouas utilisent encore un extrait aqueux très actif, le Hafioun, et une sorte de bière provenant de l'eau de distillation du haschich, mais dont les effets sont assez faibles.

Une teinture de chanvre, le Chastry, et une résine, le Chéris, sont de même employées pour procurer l'ivresse.

En Algérie, on nomme Madjoun un mélange de poudre de haschich avec du miel ; on fait griller légèrement cette composition dont on « fait des infusions et des décoctions, qu'on mêle à divers breuvages ».

Rappelons enfin les pratiques de magie et de sorcellerie qui, depuis l'antiquité, comme en témoigne un passage d'Ovide, jusqu'au siècle dernier, où l'on pouvait encore trouver des sorciers, utilisaient les « onctions magiques » pour procurer aux adeptes les délices du

Sabbat. Le chanvre qui entrait dans la composition de cet onguent agissait sur l'économie par l'absorption cutanée.

Notre pharmacopée recommande, même de nos jours, l'huile de chénevis en onctions sur les seins contre la galactorrhée ; il existe aussi des extraits hydro-alcooliques et des extraits gras des teintures de sommités qui entrent dans la composition de pilules, liniments, potions calmantes ou sédatives ; Moreau (de Tours) en a conseillé l'emploi.

Le médecin légiste peut donc se trouver en présence de cas où le sujet, pour expliquer des actes accomplis sous l'influence de la drogue, invoquera une prescription thérapeutique.

La présence de certains ustensiles et notamment de pipes diverses, ne pourrait que confirmer le diagnostic d'intoxication narcomaniaque volontaire et en préciser la nature.

Note sur un cas d'empoisonnement par l'arsenic (1)

Un menuisier présentait une affection cutanée dans laquelle je crus reconnaître un lichen ruber, variété planus de Hebra : un traitement arsenical après que le malade eut été prévenu qu'il aurait à le continuer pendant longtemps.

Au bout d'environ un mois, je fus appelé en toute hâte auprès de lui : il présentait tous les symptômes d'un empoisonnement arsenical. Après quelques réponses évasives, le malade finit par avouer la vérité : il faisait faire ses pilules asiatiques chez un pharmacien de la ville ; là, un élève en pharmacie l'avait dissuadé de continuer ce traitement arsenical et lui avait conseillé un dépuratif. Après quelques hésitations, le malade céda à ces suggestions, et, pendant vingt-cinq jours environ, se traita suivant la méthode conseillée par l'élève en pharmacie. N'ayant obtenu aucun résultat, il se décida à revenir à sa précédente médication : il lui restait encore 18 pilules asiatiques équivalant à 9 centigrammes de médicament actif qu'il avala un matin entre cinq heures et demie et six heures. Une heure après, il était pris de vomissements et son état allait en s'aggravant. Le traitement classique fut aussitôt prescrit (eau albumineuse et peroxyde de fer) ; les accidents toxiques se dissipèrent peu à peu, mais la guérison ne fut complète qu'après une dizaine de jours.

Au point de vue médico-légal, le médecin peut-il être rendu responsable de semblables accidents ? — Evidemment non : toutes les précautions avaient été prises, le malade mis au courant des dangers auxquels il s'exposait en ne se conformant pas rigoureusement aux prescriptions qui lui étaient faites, connaissait l'importance qu'il y avait à continuer le traitement sans interruption ; il était même tellement convaincu de cette nécessité que, tout d'abord, il niait de l'avoir dis-

(1) *Société de Médecine légale.* (Séance du 13 novembre 1882). — *Résumé.*

continué. N'est-ce pas encore cette même idée, mal interprétée, il est vrai, qui l'a engagé à prendre un jour 18 pilules au lieu de 6 pour *rattraper*, comme il disait, le temps perdu.

L'élève en pharmacie dont les pernicieux conseils faillirent avoir, sans qu'il s'en doutât, de si terribles conséquences, est, sans aucun doute, coupable d'exercice illégal de la médecine. Mais on peut se demander si une responsabilité plus grave ne pèse pas sur lui et jusqu'où s'étendrait cette responsabilité si le malade avait succombé.

Clinique mentale

Délire aigu (1)

Cette thèse inaugurale, écrite dans le Service de V. Magnan, dont l'auteur était l'interne, tend à démontrer le caractère infectieux de la maladie. Cette étiologie n'est plus aujourd'hui discutée.

Le délire aigu peut exister seul avec des lésions et des symptômes qui, s'ils ne lui sont pas absolument propres, envisagés séparément, ne s'observent, dans leur ensemble, que dans cette affection. Comme l'excitation maniaque, il peut compliquer toutes les formes mentales.

Le délire aigu est tantôt une entité morbide déterminée par un trouble primitif du cerveau dont l'essence échappe à notre investigation, tantôt une complication d'une autre affection. Celle-ci guérissant, le trouble fonctionnel disparaîtra du même coup et, par suite, la complication dite *délire aigu.*

Epilepsie (2)

Dipsomanie (3)

Les altérations du sang dans le délire aigu (4)

Les psychoses dans l'armée (5)

Revue d'ensemble destinée à mettre à la portée des médecins non spécialisés les notions indispensables concernant la pathologie mentale du soldat.

Amnésie rétroactive simulée par une débile. Fabulation (6)

Mlle H. Mathilde, aujourd'hui âgée de 20 ans, est en observation depuis deux années : elle est atteinte de débilité intellectuelle liée à une légère hydrocéphalie. Au début, elle paraissait avoir des hallucinations visuelles à caractère pénible et d'origine alcoolique probable, qui n'ont pas tardé

---

(1) Delahay et E. Lecrosnier, éditeurs.
Ainsi que nous l'avons indiqué dans divers travaux récents, certaines formes cliniques de l'encéphalite épidémique ont toutes les caractères du délire aigu.
(2) *Recueil des Leçons cliniques de V. Magnan*. Delahay et E. Lecrosnier, éditeurs.
(3) *Id.*
(4) Mémoire récompensé par la Société médico-psychologique.
(5) En collaboration avec M. Rouquier. (*Archives de médecine et de pharmacie militaire,* février 1921).
(6) *Bulletin de la Société Clinique de Médecine mentale*, n° 3, mars 1910. — *Résumé.*

à disparaître ; elle avait aussi un peu de confusion dans les idées. Mais bientôt, cette jeune fille, qui ne présente, d'ailleurs, aucun signe d'hystérie, devenait mythomane et simulatrice.

Depuis son arrivée à Sainte-Anne où elle est maintenue en observation, Mlle H. a toujours affirmé qu'elle avait perdu le souvenir de toute une période de sa vie comprise entre janvier 1906 et janvier 1909 ; la mémoire des faits qui se sont passés antérieurement à 1900 est aussi un peu obscure ; Mlle H. a dit se rappeler qu'elle habitait à Charleroi lorsque s'est creusée cette lacune dans son existence.

A l'en croire, cette perte de souvenir qu'elle qualifie elle-même d'« amnésie rétrograde », est telle qu'il lui est, notamment impossible de se rappeler comment et pourquoi elle est venue de Belgique à Paris ni comment elle a vécu jusqu'au jour de son arrestation. Celle-ci est d'ailleurs impossible à rémémorer pour la malade, de même que les faits qui se sont passés à l'Infirmerie du Dépôt et de la plupart de ceux dont elle a été témoin à Sainte-Anne. Elle prétendait alors qu'on venait de la voler et se disputait avec un personnage imaginaire qu'elle croyait être son pére.

En réalité, les renseignements fournis par son tuteur montrent que le passé de Mlle H. a été quelque peu scabreux : aprés la mort de son pére, elle vint habiter chez son futur qui lui trouva un emploi qu'elle quitta un jour, alors que la veille elle s'y déclarait trés heureuse. Un peu plus tard, elle fit une tentative de suicide ; puis elle réclama à plusieurs reprises à son tuteur, qu'elle menaça même des tribunaux, une machine à coudre lui appartenant. Cette machine fut envoyée sur les indications de la malade à une adresse où celle-ci était inconnue ; elle revint déterriorée à l'expéditeur qui la fit réparer ; les réclamations continuérent. Puis, ce sont des condamnations pour vagabondage, toutes les étapes d'une existence irréguliére, mais consciente.

Lorsqu'elle vint à Paris, Mathilde vécut dans les mêmes conditions ; elle fut traitée à Lariboisiére où on la considéra comme hystérique, enfin elle échoua à l'Infirmerie spéciale.

C'est tout cela qu'elle prétend avoir oublié : une telle amnésie est peu vraisemblable. Mlle H. n'a aucun compte à rendre à la justice, mais toute cette période de son existence est marquée, on le voit, par des aventures plus que suspectes et c'est probablement parce qu'elle tient à les dissimuler, qu'elle affirme avoir oublié.

Le début de cette prétendue amnésie remonte exactement, en effet, au moment où elle a commencé à mener sa vie désordonnée. Elle déclare, elle-même, qu'elle est atteinte « d'amnésie rétrograde » et il faut voir, sans doute, dans cette précision, la preuve d'un esprit trop avisé des choses de la psychologie. Parfois, aussi, elle raconte que ses souvenirs commencent à lui revenir progressivement, — mais dès qu'on lui parle de ses frasques, la mémoire s'obscurcit tout à coup.....

En même temps que le détail des réponses qu'elle fait à un interrogatoire un peu serré, son attitude générale, toujours gênée, montre que l'amnésie n'est que simulée.

En dehors des conséquences médico-légales qui découlent d'observations semblables, il faut noter que la simulation est rare chez les personnes qui n'ont rien à cacher à la justice, ce qui est le cas de notre malade.

Epilepsie avec impulsions érotiques; fétichisme du mouchoir chez un frôleur; fétichisme de la soie chez une voleuse de grands magasins (1).

Comme l'a montré Magnan, dans ses leçons cliniques, les déviations du sens génital, loin de constituer une forme particulière de maladie mentale, ne sont que des variétés séméiologiques sous lesquelles peuvent se présenter les impulsions, chez les dégénérés : ces impulsions sexuelles ne sont jamais des phénomènes isolés. Que l'on examine ces malades attentivement et l'on trouvera chez eux des stigmates physiques de dégénérescence. Qu'on les interroge avec soin, et l'on s'apercevra qu'ils présentent de nombreuses tares psychiques qui, le plus souvent, passent inaperçues, mais qu'un examen minutieux finit toujours par mettre en évidence.

Si leurs perversions se présentent comme la manifestation la plus apparente de leur état dégénératif, derrière elles viennent se grouper, plus ou moins cachées, d'autres tares, d'autres obsessions, d'autres impulsions, des phobies et même des délires.

Nous présentons aujourd'hui deux fétichistes : le premier est un cas très caractéristique : Son fétichisme est un symptôme tellement éclatant qu'il laisse dans la pénombre d'autres syndromes polymorphes, lesquels, considérés isolément, seraient sans caractère bien précis, mais auxquels le groupement donne une valeur clinique indéniable.

— R., 32 ans, est un dégénéré au point de vue physique et intellectuel : il a présenté des accidents comitiaux. Son père est mort paralysé et tombant dans la démence ; sa mère souffre de céphalées continuelles.

R. eut une enfance maladive ; dès son jeune âge, il commit de nombreux larcins et fit souvent des fugues ; à 18 ans, il contracta la syphilis ; à 20 ans débutèrent les crises comitiales ; vers cette époque, il fut condamné pour vol.

Après quelques mois passés aux bataillons d'Afrique, il fut réformé à la suite d'une maladie dont il n'a pas conservé le souvenir précis et revint en France très affaibli.

C'est à ce moment que se manifestèrent pour la première fois les perversions de l'instinct sexuel : il pratiqua bientôt le « frôlage » : le désir naissait tout d'un coup, pour devenir une obsession impérieuse ; alors il se mettait en quête d'une femme de formes opulentes : quand il l'avait rencontrée, il la suivait jusqu'à ce qu'il put trouver une occasion pour se frotter contre elle, puis il allait ensuite se livrer à l'onanisme dans les cabinets les plus proches.

---

(1) En collaboration avec M. Jean Salomon, interne du service. (*Bulletin de la Société Clinique de Médecine mentale*, n° 5, mai 1913). — *Résumé.*

Depuis son retour du régiment, il n'a jamais cessé d'avoir cette obsession, mais un peu plus tard il a commencé à en avoir une nouvelle : il est devenu un fétichiste du mouchoir. Dès qu'il aperçoit le mouchoir d'une femme quelle qu'elle soit, il éprouve une émotion qu'il ne peut définir ; il ressent à la tête une sensation de chaleur plutôt agréable et l'érection se produit instantanément ; il n'a plus qu'une idée fixe : s'emparer du mouchoir ; il suit la femme jusqu'à ce qu'il puisse prendre l'objet convoité : « Je ne sais plus ce que je fais, dit-il, je ne me rends pas compte de ce qui se passe autour de moi, je suis comme fou, je ne vois plus qu'une chose : le mouchoir ; il faut à tout prix que je m'en empare. »

Dès qu'il le possède, il va précipitamment se cacher pour satisfaire ses désirs, à l'aide du mouchoir, puis il le jette à l'endroit même où il se trouve, dans les W.-C. le plus souvent.

Il redevient alors maître de lui, éprouve une agréable sensation d'apaisement, de bien-être et de calme plus ou moins longs, jusqu'à ce que la vue d'un autre mouchoir, excitant de nouveau sa convoitise, vienne réveiller sa passion.

Lorsqu'il ne parvient pas à s'emparer du mouchoir désiré, il éprouve un sentiment de tristesse angoissante qui ne cesse que lorsqu'il s'est livré à l'onanisme, en évoquant l'image de l'objet qui lui manque. Le mouchoir, seul, le préoccupe et jamais il n'évoque le souvenir de la femme qui l'a porté.

Souvent il a été arrêté. Soumis à un examen médico-légal, il fut conduit à l'Asile avec un certificat ainsi conçu : « Dégénérescence mentale. Fétichisme du mouchoir : début ancien. Impulsion psychique. Recherche du frottement dans les foules. Plusieurs vols de mouchoirs ; plusieurs condamnations. »

Mais, si ces obsessions génitales sont les gros faits pathologiques dominant toute la vie du malade, en fouillant avec soin son histoire, on s'aperçoit qu'il existe d'autres tares psychiques, d'autres impulsions, d'autres obsessions : impulsions au vol, phobies des rats et des serpents, peur du vide, crainte de la poussière, etc. ; le contact du velours lui est désagréable ; il compte en montant les marches des escaliers ; sa mémoire est très diminuée en ce qui concerne les faits récents ; il est d'un caractère triste avec de courtes périodes de dépression. Enfin, on relève aussi, chez lui, quelques malformations physiques.

— La seconde malade F. T. Tour à tour considérée comme responsable et irresponsable, a subi de nombreuses condamnations et s'est fait interner une dizaine de fois, toujours pour le même motif : quand elle voit de la soie, elle éprouve une envie irrésistible de s'en emparer : le vol s'accompagne de l'organisme génital; cet éréthisme sexuel survient d'une façon brusque, au moment du contact de la soie et s'exagère par son froissement.

F. T. appartient à une famille d'ouvriers en soie de la région de Lyon ; ses antécédents héréditaires sont très chargés : père hystérique, mère mélancolique avec idées de suicide ; elle a eu une sœur qui s'est suicidée et une autre qui est morte tuberculeuse. F. T. a eu, dans la jeunesse, des crises considérées comme hystériques, puis une fièvre typhoïde grave suivie de chorée.

Elle raconte que, dès l'âge de 7 ans, elle éprouvait un grand plaisir à gratter, avec ses ongles, la soie tissée par ses parents ; à 15 ans elle commença à travailler comme couturière, se spécialisant bientôt dans la garniture des corsages de soie. A 22 ans, elle fut surprise, volant chez sa patronne des morceaux de soie et fut internée pour la première fois.

Elle raconte que c'est après la mort de son mari — elle avait alors 31

ans — qu'apparut le besoin de s'onaniser avec de la soie dont le simple froissement suffisait à lui procurer des sensations voluptueuses. Les impulsions au vol devinrent alors de plus en plus impérieuses, surtout à la suite d'une seconde fièvre typhoïde.

Bientôt sa belle-fille eut l'idée d'utiliser la passion de la malade : elle l'accompagnait jusqu'au magasin, l'attendait à la porte et recueillait la soie dérobée après que sa belle-mère l'avait froissée à son aise.

La famille forma, dans la suite, une bande très organisée, qui opérait seulement dans deux grands magasins où elle est connue ; et la femme F. T. en arriva, peu à peu, à dérober autre chose que de la soie.

Sans cesser d'être fétichiste elle est devenue une voleuse vulgaire ; mais il n'en paraît pas moins certain que c'est une dégénérée qui fut au début une fétichiste pure et que son amour pour la soie a été l'origine des habitudes de vol qu'elle devait contracter dans l'avenir.

Pendant de longues années, elle préférait la prison à l'Asile parce que, disait-elle, en prison, je suis fixée sur la durée de ma détention, tandis qu'à l'Asile, je ne sais jamais quand on me donnera ma sortie. Aujourd'hui elle est relégable, aussi peut-on croire qu'elle ne se réclamera plus de la Justice comme elle le faisait à ses précédentes entrées.

Athétose familiale, double et croisée, chez une débile persécutée (1)

Si les mouvements que la malade présentée exécute involontairement ont la lenteur vermiculaire et l'apparence de reptation signalées par Hammond, lequel a décrit le premier l'athétose, s'ils sont comparables à ceux des tentacules du poulpe, suivant l'expression de Choust, ils ne sont pas permanents, puisque, non seulement ils cessent pendant le sommeil — ce qui est un caractère commun à l'athétose et à la chorée, — mais encore parce qu'ils diminuent au point de disparaître presque complètement, à droite, lorsque la malade est au repos complet, pour augmenter dès qu'on la regarde ou qu'elle s'efforce de rester immobile. Comme les mouvements de la chorée, ils s'exagèrent à l'occasion de gestes intentionnels, et, s'ils sont, comme dans l'athétose, de petite amplitude et habituellement limités aux extrémités, les mouvements gagnent parfois tout le membre.

Comme l'ont fait remarquer J. Andry, Brissaud et Hallion, les symptômes de l'athétose et de la chorée peuvent se mêler de telle sorte que le diagnostic devient difficile.

En faveur de l'athétose, il faut signaler que les mouvements ont débuté dans la première enfance, alors que dans la chorée d'Huntington, ils se montrent plutôt à l'âge adulte.

D'autres membres de la famille ont présenté la même affection pour

---

(1) *Bulletin de la Société Clinique de Médecine mentale*, n° 5, décembre 1908. — *Résumé.*

laquelle se justifie ainsi le diagnostic : *athétose ou syndrome athétose-choréique familial doublé et croisé, par intervalles, chez une débile persécutée.*

Cette malade est intéressante parce qu'elle est atteinte d'une athétose familiale double, que les mouvements habituellement beaucoup plus accusés d'un côté, sont croisés par intervalles et qu'enfin une difficulté de diagnostic peut se poser entre l'athétose et la chorée chronique. Il faut, cependant, reconnaître, chez elle, la présence des signes classiques de l'athétose, triade symptomatique que Souques a résumée ainsi : mouvements involontaires, états spasmodiques et troubles intellectuels.

Etude statistique des modifications de la réflectivité dans les différentes périodes de la paralysie générale (1)

Sur un ensemble de 60 femmes paralytiques générales, nous avons enregistré régulièrement l'état des réflexes, examinant la même malade à des intervalles éloignés, vérifiant chaque examen et le consignant dans une courte observation : 25 malades ont été examinées dans la première période de la paralysie générale ; 23 à la deuxième période et 33 à la troisième.

Nous avons ainsi obtenu une étude d'ensemble des modifications de la réflectivité aux trois périodes de la paralysie générale prises séparément et nous avons cherché quel rapport peut exister entre ces modifications et l'évolution de l'affection.

Voici, tout d'abord, les conclusions relatives aux modifications des réflexes envisagés aux diverses périodes de la paralysie générale :

I. — L'inégalité, l'irrégularité pupillaires ne sont pas sensiblement plus fréquentes à une période qu'à une autre.

II. — Il paraît y avoir parallélisme entre l'altération des réflexes oculaires et celle des réflexes tendineux : cette altération va en progression continue jusqu'à la troisième période, où elle atteint son maximum de fréquence.

III. — Il n'y a pas de différence appréciable entre la première et la deuxième période au point de vue de l'état des réflexes.

IV. — A chaque période l'exagération est plus marquée pour les réflexes des membres supérieurs que pour ceux des membres inférieurs. L'abolition est plus fréquente pour ces derniers que pour les premiers.

(1) *Société médico-psychologique.* (Séance du 26 février 1894). En collaboration avec MM. André Antheaume et Marc Trenel, internes des Asiles de la Seine. — *Résumé.*

V. — En ce qui concerne l'évolution des réflexes tendineux, l'exagération va en s'accentuant, l'abolition va en diminuant avec les progrès de la maladie.

VI. — Moins altérés que les réflexes tendineux, les réflexes cutanés plantaire, pharyngien et palpébral comportent des degrés d'altération très variables, et l'on ne peut y attacher aucune valeur pronostique ou diagnostique dans les différentes périodes.

VII. — Dans les rémissions, il y a, en règle générale, persistance d'altérations marquées dans l'état des réflexes.

Voici, enfin, les conclusions, d'ordre général, touchant l'ensemble de la réflectivité indépendamment des périodes :

I. — Dans la paralysie générale, l'altération des réflexes est la règle, la non-altération, l'exception.

II. — L'inégalité pupillaire existe dans les 4/5 des cas (en réalité, cette proportion est encore au-dessous de la vérité, car nous n'avons tenu compte que des inégalités).

III. — L'irrégularité pupillaire est presque aussi fréquente que l'inégalité pupillaire. Le myosis est deux fois plus fréquent que la mydriase, tout en ne se rencontrant que dans le tiers des cas.

IV. — Les réflexes tendineux sont altérés 81 fois p. 100, les réflexes oculaires 72 fois p. 100, le cutané plantaire 62 fois p. 100, le pharyngien 48 fois p. 100, le palpébral 9 fois p. 100.

V. — L'altération des réflexes tendineux consiste surtout en exagération. Les réflexes tendineux sont exagérés 65 fois p. 100, abolis 16 fois p. 100, c'est-à-dire qu'ils sont 4 fois plus souvent exagérés qu'abolis.

VI. — Le réflexe massétérin est presque toujours exagéré, presque jamais aboli.

VII. — Les altérations des réflexes oculaires se traduisent beaucoup plus souvent par le signe d'Argyll-Robertson que par l'abolition simultanée des deux réflexes pupillaires (lumineux et accommodatif).

L'abolition du réflexe accommodatif avec conservation du réflexe lumineux n'a pas été rencontrée.

VIII. — Le réflexe cutané plantaire est à peu près aussi souvent aboli qu'exagéré.

IX. — Le réflexe pharyngien, altéré dans la moitié des cas, est presque toujours aboli, presque jamais exagéré.

X. — Le réflexe palpébral est presque toujours conservé, son altération n'a jamais consisté qu'en exagération (blépharospasme réflexe).

XI. — Les réflexes cutanés plantaire, pharyngien et palpébral ont par eux-mêmes une mince valeur pronostique et diagnostique.

Un cas d'onycho-trichophagie chez une démente mélancolique (1)

La malade qui fait l'objet de cette communication est une mélancolique anxieuse à idées de persécution : son aspect angoissé persiste d'ailleurs encore bien que son délire se soit effacé. C'est au cours de ces accès d'anxiété qu'a pris naissance un geste, maintenant stéréotypé : quand la malade est abandonnée à elle-même ou quand elle est dans son lit, elle passe tout le jour, quelquefois une partie de la nuit, car elle dort très peu, à s'épiler. Du même geste lent et monotone, ne faisant usage que de la main droite, elle arrache, ou tente d'arracher, sans discontinuer, ses cheveux, brin par brin, y fait méticuleusement un nœud, les porte ensuite à sa bouche et les avale.

Si, malgré la fréquence de son geste, devenu aujourd'hui automatique, il lui reste encore quelques cheveux, c'est parce que chaque voyage de la main vers la tête, n'en rapporte pas toujours le poil cherché maladroitement.

Quand elle cesse ce geste d'épilation, c'est pour se ronger les ongles et la pulpe des doigts ; ceux-ci, à la suite des morsures continuelles qu'elle leur a fait subir, sont dépourvus de revêtement épidermique à leur extrémité. Elle se mordille aussi l'épiderme de l'articulation phalango-phalangienne, qui présente à la face dorsale, un épaississement assez considérable. Parfois, la malade s'interrompt, regarde autour d'elle, et si elle trouve sur les draps un cheveu tombé par mégarde, elle l'ingère, comme les précédents et après l'avoir noué.

Comment est né cet étrange et invincible besoin qui fait de la malade une « mangeuse d'ongles et de poils ? »

Au début, quand elle était une délirante mélancolique, son geste était en rapport avec les préoccupations anxieuses qu'elle présentait alors à l'état aigu : c'était un geste d'inquiétude comme en font souvent les mélancoliques. Bientôt, par suite d'un effondrement intellectuel très rapide, l'activité délirante a diminué, puis cessé complètement, mais le geste qui déjà est stéréotypé, a persisté, bien que la cause qui l'avait fait naître n'existe plus.

Ce geste s'est comporté de la même manière que certaines idées délirantes chez les aliénés chroniques tombés dans la démence, lesquelles se cristallisent, restent immuables, surnagent et persistent à l'état de stéréotypies, comme vestiges d'une activité cérébrale à jamais éteinte.

L'onycho-trychophagie présentée par notre malade, doit donc être logiquement considérée comme un geste stéréotypé et définitif ; celui-ci n'a survécu que grâce à une cristallisation, qui l'avait rendu automatique, au moment de la disparition du délire à forme angoissante, qui l'avait fait naître.

(1) En collaboration avec M. Maurice Brissot, interne du service. *Bulletin de la Société Clinique de Médecine mentale* (n° 1, janvier 1909). — *Résumé.*

Obsessions, « microphobie », préoccupations hypocondriaques et scrupules chez une fillette de 12 ans (1)

Andrée F. est âgée de 12 ans : elle a des antécédents héréditaires très chargés : plusieurs membres de sa famille se font remarquer par l'instabilité de leurs sentiments, de leurs actes et de leur caractère : la mère névropathe, mélancolique, très peureuse, a été soignée autrefois par un aliéniste ; une tante maternelle a été internée pendant six mois à la Salpêtrière, elle manifestait des idées délirantes, mélancoliques ; c'était, en outre, une obsédée et une préoccupée. — Le père, triste, mélancolique à l'excès depuis la mort de son frère, s'emporte facilement ; une tante paternelle, névropathe, a des idées noires et une frayeur exagérée des morts.

Andrée n'a pas eu de maladies graves, mais, très nerveuse et sujette à des insomnies constantes, elle se plaint souvent de maux de tête : travailleuse et intelligente, toujours la première de sa classe, elle se serait beaucoup surmenée et, depuis quelque temps, la gaieté qui faisait le fond de son caractère, aurait disparu pour faire place à la tristesse. Aujourd'hui, elle est sujette à de violents accès de colère qui se manifestent sous l'influence de la moindre contrariété. Elle présente des syndromes très nets de dégénérescence mentale : ce sont, d'un côté, des *obsessions phobiques* et des *préoccupations hypocondriaques* avec des *interprétations fausses* et des *idées de culpabilité* imaginaires.

Les obsessions sont calquées sur celles présentées par d'autres membres de sa famille, notamment par une de ses tantes qui a été internée.

Mais, si lourde que soit son hérédité, il a fallu une cause occasionnelle pour qu'Andrée trouve une formule à ses obsessions.

Les désordres psychiques sont apparus chez notre petite malade de la façon suivante : Il y a quelques mois, après une leçon de son institutrice sur les inconvénients de laisser s'accumuler dans les coins les ordures où se développent les microbes, Andrée se figure qu'elle était sur le point de tomber malade. Quelques jours plus tard, allant en visite chez un employé des pompes funèbres, elle redoute fort d'être contaminée par ce dernier : sitôt revenue à la maison, elle exigea que sa mère la débarrassât de ses vêtements.

Les idées de culpabilité, les scrupules ont fait également leur apparition vers cette époque : s'étant un jour confessée, Andrée eut peur d'avoir oublié quelque chose et de n'avoir pas avoué tous ses péchés ; elle en ressentit un vif chagrin, en même temps qu'une certaine honte. Elle craint aujourd'hui d'aller en enfer.

Ces obsessions phobiques et ces préoccupations hypocondriaques durent depuis près de deux mois. Mais, ces troubles n'ont pas, à proprement parler, provoqué d'affaiblissement de l'intelligence ; en effet, la conscience, la mémoire et les facultés syllogistiques sont intégralement conservées ; on remarque, cependant, depuis quelques mois, une certaine lenteur dans l'idéation, surtout en ce qui concerne la mémoire d'évocation et le raisonnement.

(1) En collaboration avec M. Maurice Brissot, interne des Asiles. *Bulletin de la Société Clinique de Médecine mentale* (n° 7, juillet 1910). — *Résumé.*

Quel sera l'avenir mental de cette enfant ? Les obsessions actuelles s'atténueront très vraisemblablement : disparaîtront-elles à tout jamais ? — On doit craindre de les voir plus tard réapparaître sous une autre forme.

Dégénérescence mentale : obsessions ; vertiges ; impulsions conscientes ou inconscientes. Appoint alcoolique (1)

S., âgé de 28 ans, est atteint de dégénérescence mentale avec obsessions, impulsions ; c'est, en outre, un alcoolique et un vertigineux : son cas est intéressant, tant en raison de ces différents états que par suite de leur coexistence et de leurs réactions réciproques.

Après avoir été réformé comme militaire, éprouve ce qu'il appelle « ses lubies » : au cours d'un travail quelconque, au moment de passer un examen, il entend des voix qui lui disent : « pourquoi fais-tu cela ? A quoi bon ? » et il quitte et abandonne tout, mais cinq ou dix minutes après, il se ressaisit et vient au travail.

Peu à peu ces troubles augmentent : il voit « des trous sous ses pas » et fait un détour pour les éviter ; rentrant chez lui, en plein jour, il ne reconnaît pas sa maison et entre dans les immeubles voisins ; un peu plus tard, il commence à se déshabiller dans la rue ; chez lui, il entend des voix, il voit des yeux qui le fixent en s'agrandissant.

Malgré cette aggravation dans son état, il s'amuse et boit du whisky, des apéritifs, etc. Bientôt, l'idée de mourir le hante et il fait plusieurs tentatives de suicide, se jetant sous une hélice qu'il a mise au point dans une usine où il travaille, se précipitant par la fenêtre du deuxième étage, s'ouvrant une veine avec un éclat de vitre, se pendant avec une corde accrochée au plafond, se tirant deux coups de revolver dans la tête et un dans la poitrine, se jetant dans la Seine du haut du Pont des Saints-Pères, etc., mais chaque fois sauvé ou guéri, en dépit de blessures plus ou moins graves.

A son arrivée à l'admission, en novembre 1913, il venait de bénéficier d'un non-lieu à la suite de l'aventure suivante : il était parti de chez lui avec l'idée de se tuer l'après-midi ; après avoir pris du whisky pour se donner du courage, il alla faire ses adieux à une femme aimée, puis acheta un revolver. A partir de ce moment, il ne sait plus ce qui s'est passé : on lui a raconté qu'il était entré dans un urinoir, s'y était déshabillé puis serait entré chez un marchand de vins qui lui aurait servi à boire et l'aurait fait arrêter pour défaut de paiement. C'était la troisième fois qu'il se déshabillait ainsi sans conserver aucun souvenir de son acte.

A l'Asile, S. s'est montré irritable ; il entre fréquemment dans de violentes colères ; en outre, il a une certaine tendance mythomaniaque : c'est un hâbleur vantard, aussi y a-t-il à tenir compte d'exagérations possibles.

En résumé, M. S... est atteint de dégénérescence mentale : l'instabilité de

---

(1) En collaboration avec M. Fillassier. (*Bulletin de la Société Clinique de Médecine mentale*, n° 1, janvier 1914). — *Résumé.*

son caractère et de sa vie, les incidents qui la marquent en témoignent. Il n'est pas surprenant, dés lors, de le voir en proie à des obsessions et à des impulsions multiples, parmi lesquelles les obsessions et impulsions au suicide sont les plus nombreuses. Il déclare qu'ici il ne ferait aucune tentative pour ne pas exposer les responsabilités de ceux qui lui donnent des soins ; mais que, dés qu'il sera libre, il est voué, affirme-t-il souvent, à récidiver ; la vue d'un couteau pointu, d'un revolver exercerait sur lui une influence qu'il ne peut maîtriser.

A côté de ces manifestations, nous constatons également un état vertigineux réel, qu'il soit dû à l'épilepsie essentielle ou aux apéritifs convulsivants ; mais, ici, deux processus sont à retenir : tantôt le malade agit au cours d'un vertige et demeure inconscient ; tantôt il traduit, dans cet état vertigineux, les préoccupations obsédantes et impulsives qui le hantent, à ce moment.

Rappelons, pour terminer, que le whisky et les apéritifs ne sont pas étrangers aux manifestations comitiales et qu'il facilite la réalisation des obsessions au suicide de notre malade.

On sait, d'autre part, qu'un vertige peut traduire en impulsion inconsciente ce qui n'était auparavant qu'une préoccupation obsédante.

Amaurose, Tabèe et troubles mentaux (1)

Les cas d'amaurioses tabétiques avec troubles mentaux ne sont pas rares : toutefois, celui-ci offre certaines particularités intéressantes.

— Mme B. a une hérédité chargée : son pére avait des tendances à boire; sa mère fut internée trois fois à la Roche-Gandon et elle est encore actuellement à l'Asile du Mans : c'est une intermittente. Mme B. est une femme chétive et maigriotte : elle est entrée au Pavillon Magnan en mars 1913, dans un état d'agitation anxieuse incessante qui n'avait pas permis à son mari de la garder prés de lui : sa famille faisait remonter le début de la maladie au mois de juin précédent, date à laquelle elle fut renversée par une automobile ; auparavant, on avait seulement remarqué qu'elle se préoccupait beaucoup de la diminution de sa vue qui faiblissait depuis longtemps.

Tout d'abord, Mme B. ne se plaignait pas, mais cinq ou six jours aprés l'accident, elle commença à délirer. Depuis, elle ne redevint plus ce qu'elle était auparavant : son raisonnement paraissait changé ; elle perdait la mémoire ; son caractére, autrefois gai, devenait facilement irritable.

Pendant toute l'année 1912, la malade suivit la consultation des Quinze-Vingts pour ses yeux, mais au début de 1913, l'amaurose était presque compléte.

---

(1) En collaboration avec M. Jean Vinchon, interne de l'Admission. *Bulletin de la Société Clinique de Médecine mentale* (n° 4, avril 1913). — *Résumé.*

Mme B. traversa alors une période d'agitation et, sur un fond d'affaiblissement intellectuel, s'installèrent des préoccupations délirantes avec troubles psycho-sensoriels : elle avait des visions, voyait toujours son mari en couleur bleue ; des fantômes bleus la suivaient ; puis elle apercevait des bois, des forêts. Elle n'avait pas d'hallucination auditive, mais croyait sentir partout le gaz qui fuyait ; elle avait aussi l'impression que tout était mouillé autour d'elle, ce qui était parfois vrai dans une certaine mesure puisqu'elle urinait au lit.

En février 1913, l'amaurose fut complète et les visions colorées disparurent ; Mme B. devint une femme triste, qui ne bouge plus de son lit, se lamentant, se croyant ruinée, abandonnée, etc... elle exprime sans cesse des idées de négation ; les hallucinations ont disparu, mais les interprétations sont fréquentes.

Lorsqu'ils nous arrivent dans ces conditions, avec des commémoratifs plus ou moins incomplets, ces cas sont d'un diagnostic difficile : outre que la notion de spécificité acquise manque ici, il faut remarquer que l'on ne trouve pas trace dans l'évolution de deux des symptômes capitaux du tabès : les douleurs fulgurantes et les crises viscérales. Et pourtant l'ataxie doit être ancienne : la maladresse, d'après le mari, étant une des causes de l'accident survenu à Mme B., et les réflexes rotuliens étant complètement abolis ; le signe de Romberg existe et explique la titubation continuelle chez notre malade privée du contrôle de sa vue, mais il est moins net que chez les tabétiques ordinaires. Naturellement le signe d'Argyll-Robertson a disparu. L'inégalité pupillaire subsiste seule ; enfin, les troubles vésicaux ont été constatés, pour la première fois, il y a longtemps.

Si l'on admettait le diagnostic de paralysie générale pour notre malade, il faudrait conclure en faveur d'une association de paralysie générale et de tabès. L'affaiblissement intellectuel, les modifications du caractère sont certains, l'entourage les a bien constatés, mais nous sommes loin d'une désintégration globale de la personnalité.

Mme B. se rend malheureusement compte de son état et s'en afflige à juste titre : elle n'est ni indifférente ni euphorique ; si malgré tout on maintenait le diagnostic de paralysie générale, il faudrait rapprocher les symptômes mentaux que notre malade présente, de ceux du délire de négation et d'énormité.

Les idées de négation sont indiscutables, mais elles sont loin de nous offrir une trame suffisante pour réaliser un aspect clinique comparable au syndrome de Cotard. Les idées d'énormité et d'immortalité sont entièrement absentes.

Quant aux hallucinations, elles sont également intéressantes à étudier. Les visions colorées sont rares, quoique classiques : mais, chez notre malade, les visions n'ont joué qu'un rôle épisodique ; elles ont duré pendant le temps que la malade, ayant perdu la vision distincte, avait encore conservé des impressions lumineuses. Le plus souvent, c'était son mari qu'elle voyait en bleu : elle avait donc une illusion et

non une véritable hallucination. Elle était effrayée, mais en restait là et n'incorporait pas dans son délire cette sensation erronée. Il y a un contraste entre le peu de durée des visions bleues et la persistance des troubles olfactifs et de cette étrange impression d'humidité qui la poursuivait partout.

En résumé, il apparaît bien qu'il y ait là deux localisations du même processus, l'une spinale, l'autre cérébrale et plus spécialement optique, qui évoluent chacune pour leur compte, indépendamment l'une de l'autre.

Hallucinations à caractère pénible dans le tabès dorsalis (1)

Les hallucinations sont rares dans le cours du tabès dorsalis : quelques auteurs ont même nié leur existence.

Comme contribution à l'étude de cette question, voici deux observations de tabès compliqué d'hallucinations à caractère pénible, comme on en rencontre dans l'alcoolisme :

— B. Marie, 43 ans, est entrée à Villejuif venant de l'hôpital Necker, avec un certificat portant : « affaiblissement des facultés, hallucinations de la vue et de l'ouïe : « elle voit des crocodiles qui veulent la dévorer. Ataxie locomotive. Cécité. »

Le tabès a débuté, il y a six ans, par des douleurs fulgurantes. Les troubles de la vue ont débuté l'année suivante, la cécité est complète depuis trois ans. Il y a deux mois qu'elle a des hallucinations : aux crocodiles, aux serpents qu'elle croit voir s'ajoutent des « hommes aux yeux rouges, etc. »

— G. Ursule, 57 ans, mère morte dans un Asile d'aliénés, est entrée à Villejuif en 1895 ; on a noté, dans ses antécédents personnels : affaiblissement de l'acuité visuelle depuis sept ans et cécité complète depuis quatre ans ; ataxie des membres inférieurs depuis cinq ans ; les douleurs fulgurantes des membres inférieurs ont débuté, il y a un an. Elle présente des hallucinations de la vue, de l'ouïe et de la sensibilité générale depuis huit mois.

Il importe d'insister sur cette particularité que les deux malades portent, l'une et l'autre, des tares héréditaires dont l'influence n'est sans doute pas étrangère à la facilité avec laquelle elles ont déliré, à la suite de causes peut-être insuffisantes pour provoquer un semblable délire hallucinatoire chez un tabétique non prédisposé.

---

(1) En collaboration avec M. Cololian, *interne du service*. (*Société médico-psychologique*. Séance du 28 décembre 1896). — *Résumé*.

Epilepsie et délire d'interprétation (1)

La malade dont il s'agit est chargée d'une hérédité similaire et, chez elle également, se rencontre cette association de deux états pathologiques dissemblables, mais qui diffèrent des observations déjà communiquées : il s'agit d'un cas très net de psychose d'interprétation qui évolue depuis plus de 25 ans chez une femme âgée de 52 ans et devenue épileptique vers l'âge de 32 ans.

— Lh. Augustine, 52 ans, entrée à l'Admission le 11 janvier dernier : Ses antécédents héréditaires sont chargés : sa mère a toujours eu un caractère vaniteux et taciturne : elle a aussi manifesté de vagues idées de persécution. Epileptique, elle a présenté la première manifestation comitiale à un âge avancé, comme sa fille (35 ans).

Elle était mariée à un ivrogne invétéré, violent qui, se mettant en colère sous le moindre prétexte, brutalisait souvent son enfant. Il est mort, à l'âge de 75 ans, d'une affection indéterminée.

Mme Lh. n'a pas présenté de maladie grave dans son enfance ; réglée à 17 ans, mariée à 25 ans, elle a eu 8 enfants et 2 fausses couches ; ménopause à 42 ans.

La première manifestation comitiale s'est déclarée chez Mme L. à l'âge de 31 ans ; pendant 15 ans, les crises restèrent assez espacées, précédées d'un état d'excitation inaccoutumé, rappelant l'hypomanie. L'obnubilation, consécutive à l'accès, se dissipe très rapidement et, au bout d'une heure, en général, Mme Lh. est en état de reprendre ses occupations.

Depuis quatre ans, les attaques deviennent plus fréquentes : huit jours avant son admission, Mme Lh. avait été prise d'un accès d'anxiété : elle se plaignait d'une oppression précordiale avec étouffement : comme elle trouvait que ses filles tardaient trop à ouvrir la fenêtre, elle avait cassé un carreau et s'était sauvée ensuite, en chemise, dans la rue, en proie à une terreur violente. Ramenée chez elle, elle essaya de se blesser à l'aide d'un couteau de cuisine.

A son arrivée, Mme Lh. était très déprimée ; elle pleurait et se croyait persécutée par « une vilaine femme », cousine germaine de son mari. D'ailleurs, peu après le début de leurs relations familiales qui remontent à vingt-six ans, la malade avait accusé cette femme de lui créer des ennuis.

Les idées de persécution sont beaucoup antérieures à la première manifestation comitiale constatée. Mais, depuis le début des attaques comitiales et surtout depuis la mort de son mari remontant à quatre ans, les troubles du caractère s'aggravent et les idées de persécution, basées uniquement sur des interprétations, s'accusent de plus en plus.

Mme Lh. présente donc, depuis plus de 25 ans, un délire de persécution, à base d'interprétations, évoluant à côté d'une épilepsie qui a débuté après les premiers troubles psychopathiques.

---

(1) En collaboration avec Mme Iménitoff, interne de l'Admission. *Bulletin de la Société Clinique de Médecine mentale* (n° 1, janvier 1914). — *Résumé.*

La névrose ne semble pas avoir ajouté aucun caractère spécial à la psychose. En effet, le délire de persécution de cette femme s'était manifesté dès le début par des caractères qui ne se sont pas modifiés ; le temps n'a fait que la confirmer dans ses préoccupations délirantes.

Chez Mme Lh., comme chez sa mère, les idées de persécution et les troubles du caractère sont antérieurs à l'apparition de la névrose.

D'autre part, l'aura de Mme Lh. présente une particularité : la malade est, dans les quelques heures qui précèdent son attaque, enjouée et heureuse, au point de dire : « Les attaques sont peu de chose, puisque le moment où elles vont venir est si agréable pour moi ! »

Dostoiéwsky, dans une auto-observation, s'est exprimé ainsi :
« Vous autres, gens bien portants, ne soupçonnez pas le bonheur que
« nous éprouvons, nous autres épileptiques, un moment avant l'accès.
« Mahomet, dans son Coran, affirme avoir vu le paradis, y avoir été.
« Il a certainement vu le paradis dans une attaque épileptique (car
« il en avait comme moi). Je ne sais si cet état bienheureux dure des
« secondes, des heures ou des mois, mais croyez-en ma parole, je ne
« le céderais pas pour toutes les joies de la terre. »

On pourrait se demander si ce sentiment si agréable, éprouvé par le malade pendant les quelques secondes qui précèdent l'accès, n'explique pas, dans une certaine mesure, l'absence des idées hypocondriaques, si fréquentes chez les épileptiques.

Traitement de l'épilepsie par la méthode de Bechterew (1)

En 1894, Bechterew fit connaître une nouvelle méthode de traitement de l'épilepsie consistant essentiellement dans l'adjonction au bromure de l'adonis vernalis ; l'idée d'associer au bromure des médicaments cardiaques n'était pas très nouvelle, mais ce fut Bechterew qui, le premier, fit sur ce sujet des recherches expérimentales et des observations cliniques, partant de ce fait qu'une hyperémie des vaisseaux encéphaliques est liée aux accès épileptiques et que ceux-ci ont parfois pour origine manifeste un trouble vaso-moteur.

Bechterew avait expérimenté plusieurs médicaments cardiaques, entre autres la digitale qui s'était montrée très efficace, mais il s'arrêta à l'adonis qu'il administre de la manière suivante : d'une potion de 180 grammes contenant 2 grammes à 3 grammes 75 d'adonis et 7 grammes 50 à 11 grammes 25 de bromure, il donne 4 à 6 cuillerées à soupe par jour ; parfois, même, il va jusqu'à 8 ; quelquefois, il

---

(1) En collaboration avec M. G. Halberstadt, interne du service. (*Archives générales de Médecine*, 1905). — *Résumé.*

ajoute de la codéine à petites doses, quand il s'agit d'obtenir un effet sédatif général ; il n'y a aucun inconvénient à prolonger cette médication aussi longtemps que l'on veut.

Bientôt les résultats thérapeutiques parurent très engageants à Bechterew qui pense que l'action de l'adonis s'exerce de trois manières différentes : *a*) régularisation des battements cardiaques ; *b*) vaso-constriction ; *c*) diurèse et, consécutivement, élimination plus facile des urines.

Dès 1899, on commence à appliquer cette médication, sur une échelle de plus en plus large, à l'asile de Villejuif, dans le service de l'un de nous.

Les résultats thérapeutiques que nous avons obtenus nous amènent à conclure que, dans le traitement de la névrose comitiale, il y a, d'une manière générale, trois indications à remplir :

1° agir directement par le bromure sur les centres nerveux.

2° veiller à l'élimination des toxines.

3° agir sur le système circulatoire par l'adonis vernalis.

Il y a lieu de s'étonner que cette méthode soit aussi peu répandue dans la pratique journalière. Et peut-être l'explication en serait-elle dans cette habitude de considérer la médication bromurée comme seule susceptible d'avoir une action sur l'épilepsie. Quoiqu'il en soit, actuellement, nous croyons être en droit de déclarer que la méthode de Bechterew est excellente et qu'elle a subi victorieusement l'épreuve du temps.

Il est bien entendu qu'il ne faut pas lui demander ce qu'elle ne peut donner et, dans certains cas, son effet sera nul, comme celui des autres méthodes. Mais nous pouvons affirmer ceci :

1° L'adonis vernalis n'exerce jamais d'action fâcheuse sur l'état général du patient et nous n'avons observé aucun accident qui pût lui être imputable ;

2° Jamais nous n'avons constaté que le bromure seul fût plus efficace qu'administré selon la méthode de Bechterew ; cette méthode a permis d'obtenir souvent une amélioration, là où le bromure seul s'était montré beaucoup moins actif ou même était resté sans effet : amélioration tantôt légère, tantôt notable, tantôt (très exceptionnellement, cela va sans dire) guérison véritable.

Infantilisme avec dégénérescence mentale ; acromégalie ; cryptorchidie ; dépression mélancolique ; préoccupations hypocondriaques. Amélioration de l'état mental à la suite du traitement opothérapique (1).

Dans le cas particulier que nous exposons, il nous a paru qu'une notable amélioration d'un état mental, accompagnée de troubles secrétoires internes et de dystrophies, s'était produite au cours d'un traitement dans lequel l'opothérapie a joué un rôle, en apparence, non négligeable.

— P. Jules, 45 ans, entre le 9 septembre 1912 à l'Admission, venant de l'hôpital Saint-Antoine où il n'avait cessé de garder un mutisme absolu.

D'une maigreur extrême, ce malade présentait des signes très nets d'infantilisme et des dystrophies congénitales dés son entrée à l'opothérapie thyroïdienne : jusqu'au 24 septembre, il demeura dans son état de dépression et d'aboulie ; il restait à peu prés immobile, nuit et jour, allongé dans son lit, et dormait presque continuellement.

Aprés six jours de traitement, il commença à se réveiller et se leva spontanément, fit une petite promenade dans la cour, puis se recoucha : ce jour-là, un autre malade l'ayant interpellé, il répliqua par quelques mots : c'étaient les premiers qu'il prononçait ; le 4 octobre, il pouvait répondre à toutes les questions posées et retracer vaguement les grandes lignes de son existence : il est originaire de la Lozére ; sa mére était bien portante ; son pére était épileptique ; il a un frére débile au point de vue mental. Personnellement, P. ne se souvient pas d'avoir eu de maladie grave, mais « il n'était pas fort », aprés des études secondaires complétes, se sentant incapable d'un travail intellectuel continu, il reste quelque temps chez sa mère, dans une compléte inaction. A la mort de sa mère, il se fit colporteur et erra de ville en ville ; arrivé à Paris, il travailla comme manœuvre, toujours avec la même instabilité, ne travaillant que peu de jours chez le même patron.

De temps en temps, il avait de courtes périodes de dépression pendant lesquelles il cessait tout travail ; il se confinait dans sa chambre où il passait son temps à dormir et qu'il ne quittait momentanément que pour aller aux provisions. Quelques-unes de ses phases de dépression se sont même passées sans qu'il prît aucune nourriture, tellement tout effort lui coûtait. Elles ne durent que quelques heures.

S'il est entré à l'Asile, nous dit-il, c'est à la suite d'une grande fatigue et d'une crise de tristesse plus fortes que les précédentes. Il se rendit à l'hôpital mais on ne put l'y conserver et il fut dirigé vers Sainte-Anne.

Soumis au traitement thyroïdien, le malade, en même temps que son état mental s'améliorait progressivement, se modifiait notablement dans son état physique : à son entrée, son état de maigreur était extrême, ses glandes mammaires étaient atrophiées ; aujourd'hui, il présente le syndrome adi-

(1) En collaboration avec M. Jean Salomon, interne de l'Admission (*Bulletin de la Société Clinique de Médecine mentale*, n° 9, décembre 1912). — *Résumé.*

poso-génital qui doit lui être habituel et que l'inanition avait vraisemblablement fait disparaître au cours de sa période dépressive : ses glandes mammaires sont saillantes et assez volumineuses pour rappeler des seins de femme.

L'apparence est rendue encore plus féminine par la pâleur des téguments, l'aspect glabre de la peau du visage et la forme du bassin. Ses organes génitaux externes sont très rudimentaires ; les testicules manquent dans les bourses et ne sont pas davantage appréciables dans le trajet inguinal ; la verge, très petite, mesure 3 centimètres ; elle serait cependant capable d'entrer en érection et atteindrait alors à peine cinq centimètres. On constate un phymosis très serré.

Au point de vue psychique, les appétits sexuels s'ils existent, sont très élémentaires et sans inversion. Le premier coït aurait eu lieu vers l'âge de 24 ans ; P. n'a pas éprouvé de désir depuis plus de trois ans.

Le larynx est peu saillant ; le corps thyroïde introuvable, la voix est œnucoïde, la peau blanche et délicate porte quelques poils rares au pubis et à part le cuir chevelu en est dépourvu sur tout le reste du corps. Il existe pourtant des cils et des sourcils assez indiqués.

Les muscles sont peu développés ; la force physique est presque nulle ; au dynamomètre, le plus grand effort du malade amène l'aiguille à 30 kg. sur l'échelle de pression.

A la face postérieure du thorax, on constate l'existence d'une légère cyphose cervico-dorsale, avec lordose de compensation, apparaissent au-dessous de la 10e dorsale, qui fait une saillie importante. Outre cette cypholordose, il existe, à la face postérieure, une scoliose dorsale à convexité gauche, de deux centimètres et demi de flèche environ. Dans l'ensemble le thorax est diminué dans toutes ses dimensions.

Outre ces malformations du tronc, le malade présente encore des dystrophies de la face et des membres.

En résumé, ce malade, qui se présente au point de vue mental sous l'aspect d'un dégénéré, avec état mélancolique et dépression, offre, au point de vue physique, des signes d'infantilisme avec acromégalie et dystrophies intéressantes. Il se rapproche, enfin, du type des pseudo-hermaphrodites.

Les impulsions chez les enfants (1)

« J'ai observé un petit malade, qui est entré à Sainte-Anne lorsque, pendant les vacances, je remplaçais M. Magnan dans son service. Le père était un original : la mère ne vit avec son fils que depuis environ six mois. Avant cette époque, l'enfant était en nourrice dans une ferme où il avait constamment sous les yeux les plus mauvais exemples ; à trois ans et demi, il commençait déjà à se livrer à l'onanisme et aucun des nombreux moyens mis en pratique pour le corriger ne le firent renoncer à cette pernicieuse habitude: sournois et méchant, il s'ingéniait à tourmenter de mille façons les enfants plus jeunes que lui et prenait surtout un malin plaisir à voir saigner les

(1) *Société médico-psycholgoique.* (Séance du 30 octobre 1882). — *Résumé.*

poulets et autres animaux de basse-cour. Sa nourrice en avait fait souvent la remarque. Comme on voit, les impulsions homicides sur lesquelles M. Legrand de Saulle vient d'attirer votre attention, ne sont pas les seules bizarreries présentées par ce petit être particulièrement instinctif. Je passe sur une fièvre typhoïde avec complications méningitiques qu'il eut à quatre ans et dont la convalescence coïncida avec les débuts d'une coxalgie, pour en arriver aux impulsions bizarres qu'il a présentées depuis que sa mère l'a repris avec elle. D'une attitude habituellement triste et bêbétée, si cet enfant déployait quelque intelligence, c'était seulement pour faire des méchancetés : il volait les petits ustensiles qui lui tombaient sous la main, les clefs, les objets de toilette, etc., pour les jeter ensuite dans les cabinets ; il brisait les jouets de son frère plus jeune que lui, le taquinait ou le tourmentait de toutes les manières. Pour faire, suivant son expression, « enrager sa maman », il s'est un jour caché dans le salon où il barbouillait le tapis de matières fécales. Ayant, par hasard, remarqué qu'à la suite d'une chute, son jeune frère avait été pris d'un saignement de nez, il se sentit attiré par le désir de voir encore couler du sang et, profitant de l'absence de sa mère, il renversa violemment l'enfant du haut d'une grande chaise, sur laquelle il l'avait préalablement monté. La face porta contre terre et une épistaxis assez abondante se produisit, le jeune malade se sentit poussé à aller ramasser le sang pour s'en frotter les mains. « Je veux tuer le petit », disait-il souvent à sa mère. Celle-ci, justement effrayée, se décida à prendre les mesures qui amenèrent l'enfant à Sainte-Anne. C'est avec la plus complète indifférence qu'il répondit à toutes les questions posées à son arrivée : « Je veux voir couler du sang, répétait-il sanc cesse, il n'y a que cela qui m'amuse. » — « Tu n'aimes donc pas ta mère pour chercher à lui faire ainsi de la peine ? » — « Comment voulez-vous que je l'aime, je ne m'aime même pas moi-même ; je veux la tuer pour avoir ses sous ; si je ne peux pas maintenant, j'attendrai d'être plus grand. »

Je pourrais rapprocher de ce cas celui d'une petite fille de onze ans, mais en paraissant à peine sept ou huit et entrée vers la même époque dans le service ; elle volait les bijoux de sa mère, lui cachait son argent, maltraitait sa petite sœur et chercha même une fois à l'empoisonner en lui faisant boire de force une solution de Baréges. Un autre jour, elle tentait de se suicider en buvant de cette même solution. Chez elle, ce sont encore les sentiments instinctifs qui prédominent. Ces faits ne sont pas isolés, j'en ai observé beaucoup de semblables pendant mon internat dans le service de M. Magnan. (*Archives de Neurologie*, Tome V (1883), page 108).

Aphasie sensorielle avec anarthrie et syndrome pseudo-bulbaire. Intégrité presque complète des facultés intellectuelles, sept ans après le début de l'affection (1).

Une femme de 23 ans avait fait, huit mois avant son entrée à l'Asile de Villejuif, un premier ictus avec paralysie des membres du côté *gauche* qui guérit en trois semaines. Elle eut un second ictus quatre

(1) En collaboration avec M. Maurice Brissot, interne des Asiles. *Bulletin de la Société Clinique de Médecine Mentale* (mars 1911). — *Résumé.*

mois plus tard, suivi cette fois d'hémiplégie *droite* avec perte complète du langage articulé. Depuis cette époque, la malade n'a jamais recouvré l'usage de la parole.

A son arrivée, la malade présentait un affaiblissement intellectuel accompagné d'aphasie et une impotence fonctionnelle à peu près complète des membres inférieurs : les troubles moteurs rétrocédèrent partiellement et, l'année suivante, la malade marchant seule ne conservait plus que la paralysie du côté droit ; d'autre part, son état mental s'était amélioré dans des proportions notables, mais l'aphasie persistait entière.

De 1908 à 1910, le tableau clinique de la malade est le suivant : dans l'ordre moteur, hémiplégie droite avec contracture, paralysie de la langue, des lèvres et du voile du palais se traduisant par une difficulté considérable de la déglutition ; du côté des troubles du langage, on constate une anarthrie absolue sans paralysie des cordes vocales, une surdité verbale complète, de l'aléxie et de l'agraphie ; il existe, en outre, du rire et des pleurs spasmodiques. Nous sommes donc en présence d'une aphasie sensorielle avec anarthrie et syndrome pseudo-bulbaire.

La malade offre les apparences trompeuses d'une démente ou d'une idiote ; c'est, cependant, une femme intelligente ; elle manifeste ses sentiments et sa volonté au moyen d'une mimique étonnamment expressive.

Les détails de sa vie journalière démontrent une intégrité à peu près complète de ses facultés intellectuelles : elle fait en quelque sorte la police du quartier où elle se trouve ; elle joue, et fort bien, aux cartes et aux dominos ; elle dépiste sur-le-champ toute supercherie de son partenaire. Quand l'heure du repas arrive, comme la déglutition normale est impossible, d'elle-même cette femme va chercher son paillasson, s'étend sur le dos, la tête légèrement relevée afin de pouvoir s'introduire dans la bouche une bouillie semi-liquide qui tombe par son propre poids dans l'œsophage.

Il s'agit, en résumé, d'une jeune femme atteinte d'aphasie sensorielle avec anarthrie absolue, séparée dans une certaine mesure du milieu dans lequel se passe sa vie et qui, malgré des lésions énormes, on est en droit de l'affirmer, sept années après le début des accidents, n'accuse qu'un déficit intellectuel très peu marqué.

De l'ensemble de ces considérations, il est permis d'établir un parallèle médico-légal entre les sourds-muets et les aphasiques : on peut se demander pourquoi, dans toutes les questions où la capacité civile et la responsabilité criminelles de ces derniers malades sont en jeu, la loi ne leur permettait pas l'usage d'un langage conventionnel analogue à celui qu'emploient les sourds-muets devant les Tribunaux. Ainsi les aphasiques, en possession d'un moyen légal, leur permettant

de manifester publiquement leur volonté, montreraient qu'ils ont conservé toute leur intelligence et qu'ils ne peuvent, en aucune façon, être considérés comme des déments.

Un cas de confusion mentale à évolution chronique en rapport avec l'apparition de la Comète de Halley (Mai 1910) (1)

L'influence des grands cataclysmes, des bouleversements sociaux, des révolutions, des guerres, ou plus simplement d'émotions violentes, dans la genèse de l'aliénation mentale, n'est pas douteuse, car elle a été fréquemment observée, mais, s'agit-il, dans ces cas, de causes purement émotionnelles ou bien, au contraire, y a-t-il lieu de considérer celles-ci comme véritablement déterminantes ?

Parmi ces cas, on a observé une femme qui, lors des inondations de 1910, fut atteinte de délire mélancolique et tenta de se suicider : elle était persuadée que tous les cimetières de Paris allaient être inondés et que les eaux emporteraient la tombe où reposait sa fille ; cette femme guérit.

Une institutrice anglaise, habitant Bucarest, ayant éprouvé une violente émotion à la suite d'une erreur policière, fut prise d'un accés violent d'agitation anxieuse ; après une période d'accalmie, cette malade, qui présente, d'ailleurs, des stigmates nombreux de dégénérescence mentale, reste délirante. Une jeune fille qui n'avait jamais manifesté de troubles intellectuels fut subitement prise d'un délire hallucinatoire extrêmement violent, à la vue du cadavre de sa mère dont on venait de faire l'autopsie dans un hôpital : pour échapper à son hallucination, après plusieurs tentatives avortées, la malheureuse se précipita du haut d'un toit. Une femme de trente ans, n'ayant jamais présenté de troubles intellectuels, fut prise d'un accés de mélancolie avec agitation anxieuse, à la suite de la perte de son mari et de ses deux enfants, qui succombérent dans une explosion ; elle ne tarda pas à tomber dans un état d'inconscience compléte.

La malade présentée aujourd'hui peut être rangée dans la catégorie des aliénés dont la folie trouve son origine dans une émotion violente provoquée par une crainte démesurée.

— Soen., 33 ans, domestique, est entrée à l'Asile de Villejuif, le 15 mai 1910, avec un certificat mentionnant : « dégénérescence mentale avec excitation maniaque et idées de persécution ; anxiété ; propos incohérents; hallucinations ; syphilis. »

A son entrée dans le service, la malade était dans un état d'agitation tel qu'on dut immédiatement l'isoler ; au point de vue mental, le fait saillant

---

(1) En collaboration avec M. Maurice Brissot. (*Bulletin de la Société Clinique de Médecine Mentale*, n° 9, décembre 1910). — *Résumé*.

se trouvait dans une confusion des plus nettes : troubles de la lucidité, désorientation presque complète dans le temps et dans l'espace, amnésie de fixation, conservation partielle du jugement et du raisonnement. Elle était, en outre, impulsive et hallucinée (hallucinée de l'ouïe et probablement de la vue). Comment ont débuté ces troubles mentaux, quelle en a été la genèse ?

Depuis plusieurs mois, tout en travaillant à l'entière satisfaction de ses maîtres, Irma manifesta des scrupules, des craintes de persécution, quelques idées de grandeur à l'état d'ébauche. Bientôt ses préoccupations se précisèrent ; un jour de février, elle lut, dans un journal, qu'une comète de dimensions considérables, la comète de Halley, se dirigeait à toute vitesse sur la terre qu'elle allait rencontrer, exactement le 18 mai.

La malade en conçut immédiatement une crainte démesurée qui alla rapidement en s'exagérant. Brusquement, dans la matinée du 18 mai, Irma fut prise d'un accès d'agitation violent. Elle tenta de se jeter par la fenêtre, menaça ceux qui l'approchaient, poussa des appels désespérés : c'est dans cet état d'agitation anxieuse, avec désordre des idées et des actes que la malade fut admise à l'Asile où, durant quatre mois, les troubles mentaux persistèrent, avec aggravation notable.

Cet état de confusion aiguë fit place au bout de quelque temps à de la confusion chronique. Actuellement, la malade sourit niaisement quand on l'interroge, elle continue à tenir des propos dépourvus de sens et passe, sans transition aucune, de la docilité la plus absolue à l'impulsivité et à la violence. Elle gâte par intervalles ; les hallucinations de l'ouïe persistent.

L'examen somatique permet de déceler quelques stigmates physiques de dégénérescence mentale et des signes nombreux de syphilis héréditaire.

Telle est l'histoire de cette malade, chez qui les troubles mentaux semblent avoir débuté après une émotion violente qui, dans la circonstance, fut la crainte exagérée d'une comète.

Irma présentant à la fois des stigmates physiques de dégénérescence mentale et des signes indiscutables de syphilis héréditaire, on doit se demander si elle n'aurait pas versé dans la folie, sans l'histoire de la comète ?

Avant de répondre à une semblable question, on doit remarquer que, d'une part, la malade était depuis longtemps déjà d'humeur très versatile, avant que les journaux ne fissent mention de la comète et que, d'autre part, cette frayeur exagérée est, par elle-même, un signe de débilité mentale. Cette jeune fille, si civilisée, avait la crédulité des peuples primitifs. Sans doute, penserez-vous avec nous que la comète de Halley n'a été que la goutte d'eau faisant déborder un vase trop plein.

Si l'on cherchait plus loin dans les antécédents des malades chez qui l'éclosion de la folie a été subite, peut-être trouverait-on souvent, comme chez notre malade, des modifications du caractère antérieures à la catastrophe qui n'est alors que la cause occasionnelle et fortuite de l'aliénation mentale.

Un cas de confusion mentale résiduelle [1]

Observation (*résumée*). — M. R..., actuellement âgé de trente-cinq ans, fait prisonnier en août 1914 après une blessure pénétrante de poitrine, est resté en captivité jusqu'en décembre 1916.

Au mois de février 1916, alors qu'il était occupé dans une ferme comme ouvrier de culture, il eut à subir un choc émotionnel intense. Le fermier allemand était mobilisé. La femme restée à la ferme devint enceinte et accusa R... de l'avoir violée. Cette dénonciation fut suivie de la mise en prévention de R... R..., sujet doux et émotif, mais non débile, fut tellement frappé de la menace suspendue sur lui qu'il présenta des troubles psychopatiques et dut être envoyé dans un asile d'Allemagne. Peu après mais trop tard, il fut établi que la fermière était enceinte en fait du feldwebel préposé à la garde des prisonniers français.

En décembre 1916, R... est rapatrié en France comme malade mental. Il reste en traitement à l'asile de Bron (Rhône) jusqu'en juillet 1919, c'est-à-dire pendant deux ans et demi. Il se rappelle qu'il a été longtemps alimenté à la sonde.

En juillet 1919, il est rendu à sa famille après avoir été réformé n° 1 à la date du 31 décembre 1918.

C'est depuis ce moment que nous avons eu l'occasion de suivre le malade.

R... ne présente ni délire, ni hallucinations, ni symptômes de la série catatonique ou hébéphrénique.

Son état actuel peut être ainsi résumé :

1° Au point de vue affectif, état légèrement euphorique, mais surtout douceur, passivité, docilité extrême. Par moment, un peu d'insécurité et d'appréhension, sursauts faciles.

2° Au point de vue idéation, lenteur extrême des processus psychiques ; difficulté de compréhension et d'évocation, malgré effort souvent prolongé et appliqué. Par contre, exactitude des réponses quand il parvient à en donner ou réserve et critique très judicieuse quand il doute ou ne sait pas.

3° Au point de vue des réactions, syndrome d'inhibition. Le malade se réfugie spontanément dans l'inertie ou n'a qu'une activité réduite d'apparence automatique. N'agit guère que sous l'influence des commandements, mais avec des arrêts brusques et rapides.

Amnésie partielle des années de captivité et de son séjour à Bron, dont il ne rappelle que les faits très généraux, comme cela se produit dans l'amnésie post-confusionnelle.

Depuis deux mois que nous suivons le malade, amélioration extrêmement lente, mais progressive.

L'intérêt du cas nous paraît double.

D'une part, si l'on eût pu penser à une démence précoce, en raison de la longue évolution et de certaines particularités symptomatiques, il semble bien que notre malade est bien plutôt, au point de vue du

(1) En collaboration avec M. A. Delmas. (*Société de Psychiatrie*). (Séance du 16 octobre 1919).

diagnostic, un type de confusion mentale résiduelle analogue au syndrome d'inhibition que MM. Juquelier, Capgras et Bonhomme, dans leur rapport sur la confusion mentale de guerre, et Mairet et Pierron, dans leur étude du syndrome commotionnel, ont tendance à rapporter à une commotion initiale.

D'autre part, contrairement à l'opinion de ces auteurs, notre cas tendrait à montrer que le syndrome d'inhibition peut se montrer dans l'évolution d'une *confusion mentale post-émotionnelle* et qu'il est bien, comme l'indique l'appellation dont nous nous servons, une confusion mentale résiduelle, quelles que soient les causes étiologiques, commotionnelles ou émotionnelles, de l'accès confusionnel.

Iconoclastes justiciers protestataires et mystiques (1)

Tous les aliénés réformateurs, quelles que soient leurs tendances, quelle que soit la teinte de leurs préoccupations, qu'ils veuillent des réformes politiques ou religieuses, qu'ils soient délirants ou non, peuvent être, d'après leurs réactions, classés dans un même groupe général.

Dans ce groupe peuvent rentrer les deux iconoclastes présentés : ils sont comparables entre eux par leurs réactions, mais présentent au point de vue mental, une dissemblance considérable : l'un est un débile vaniteux ; l'autre est un grand délirant mystique interprétateur.

— R. P., 33 ans, arrêté pour dégradation de monument public est soumis à une expertise médicale, il a été envoyé à l'Asile où il a été admis avec un certificat portant : « débilité mentale, ambitions dans les idées, préoccupations hypochondriaques ; obsessions, impulsions. Inégalité pupillaire, bégaiement. »

Bien qu'il ne fut pas un catholique pratiquant, R. P. n'admettait pas la séparation de l'Eglise et de l'Etat et ne pouvait pardonner à Waldeck-Rousseau d'« en avoir été, disait-il, le promoteur ». Or, depuis la dégradation d'un monument du Luxembourg, le buste de Waldeck-Rousseau, dans la crainte de manifestations analogues, était surveillé par un agent. Ces précautions agaçaient R. P. qui forma le projet de manifester, d'une façon quelconque, pour désapprouver, à la fois, cet homme, la séparation, et ce fait d'« imposer son monument ».

Ayant vu quelque temps auparavant, une statue des Tuileries tachée d'encre, le souvenir lui en revint tout à coup : il se rendit chez un papetier, acheta une bouteille d'encre et revint la projeter sur le piédestal de la statue.

---

(1) En collaboration avec M. Jean Salomon, interne du service. (*Bulletin de la Société Clinique de Médecine Mentale*, n° 5, mai 1914). — *Résumé.*

Ce premier malade est intéressant à deux points de vue : il appartient à la catégorie des protestataires et des justiciers. Il a trouvé, dans un précédent, la formule de sa protestation.

Bien qu'il soit comparable au sujet que nous venons de présenter, c'est par d'autres côtés que notre second malade mérite de retenir l'attention.

— J. R. est entré à l'Asile avec un certificat ainsi conçu :

« Dégénérescence mentale avec idées mystiques. Il a été choisi par le Très-Haut comme prophète. Prédictions, écrits rédigés sous l'inspiration divine. Projets de réforme sociale basés sur la conversion de l'humanité au christianisme. Bris d'une statuette impudique rappelant le paganisme. Violences, agitation hypomaniaque ; apparence de chronicité.

« Un frère traité à Ville-Evrard. »

Cinq ans avant son entrée à l'Asile, J. R. commença à avoir les idées mystiques qui, au début, le portait à se croire inspiré de Dieu et chargé d'écrire ses prophéties. Il fit spécialement un voyage à Lourdes pour « gagner la grâce ». Un jour, la veille de l'Annonciation, il sentit l'inspiration et écrivit des prophéties qu'il polycopia à 180 exemplaires pour les répandre.

Enfin, partant de cette idée que tout ce qui était paganisme devait être détruit, il descendit dans Paris pour accomplir sa tâche : après avoir lacéré les « brochures corruptives » qu'il avait cru voir à l'étalage d'un libraire et crié « statues, fondez-vous » devant un groupe de plâtre inspiré de la mythologie, il enfonça la glace de l'étalage d'un statuaire et y brisa trois statuettes représentant des hommes nus. Il fut alors arrêté.

Ce malade appartient au groupe de ces sujets étudiés sous le nom de théomanes par certains auteurs.

C'est un prophète, un réformateur ; il a fait un délire mégalomaniaque, auquel les idées mystiques donnent sa teinte spéciale.

Un point qu'il est intéressant de souligner, résulte du caractère exclusivement interprétatif du délire de notre malade.

Nous ne croyons pas qu'il ait jamais eu d'hallucinations d'aucune sorte : c'est d'après les actes de sa vie, qu'il a cru comprendre que Dieu approuvait sa mission. Il interprétait ses rêves dans le sens de son délire.

On peut dire que ces deux iconoclastes, s'ils ont accompli le même geste, maculation d'un monument public et bris de statuettes, ils y sont arrivés par deux voies différentes.

Le premier, en justicier, pour protester contre un hommage qu'on voulait lui imposer de rendre à la mémoire d'un homme dont il n'approuvait pas la politique.

L'autre, dans le but de détruire des objets d'un culte passé qu'il voyait se dresser en face de sa religion, dont il se croyait le prophète.

Deux accès de zoopathie interne chez le même malade Guérison [1]

Les délires de possession corporelle par des animaux ont, depuis longtemps, attiré l'attention. Ils sont intéressants à divers points de vue : notamment parce qu'ils sont le plus souvent symptomatiques de lésions organiques avec évolution ; et, d'autre part, aussi parce qu'ils ont donné lieu à diverses méthodes thérapeutiques. C'est pour ces mêmes raisons que le malade que nous présentons aujourd'hui nous a paru digne d'intérêt.

Nous nous trouvons en présence d'un débile qui, à deux reprises, et à 20 ans de distance, a fait un épisode de délire zoopathique. Ce qui nous semble donner un intérêt à son observation, c'est d'abord que l'on y assiste à la genèse de l'idée délirante, idée qui a pour base un trouble organique réel (ulcère) que notre malade a interprété. Il avait la sensation de quelque chose qui glissait, qui rampait. Il a pensé à un reptile. Cette explication enfantine lui a suffi. Mais aussi bien, c'est à un esprit crédule, un débile que nous avons affaire.

D'un autre côté, dans chacune des deux circonstances, l'épisode délirant fut de courte durée et se termina par la guérison. La première fois : par cessation des sensations anormales après un traitement médical. La seconde, à la suite de la réaction que nous avons rapportée, par une nouvelle interprétation du malade qui crut voir, dans une selle, sa couleuvre tuée par la teinture d'iode. Or, s'il y a eu après cette époque, atténuation des douleurs ressenties (à noter que Henri P... a été traité à la Pitié) il n'y a pas eu cessation complète. C'est donc la vue de ce qu'il prit pour un serpent mort qui a motivé la disparition du délire.

Et ceci nous amène à dire quelques mots du traitement que l'on a essayé chez de tels malades. On sait que, pour certains auteurs, pour Picqué en particulier (2), les seules médications s'adressant à la cause organique avaient quelque chance d'être efficaces : Comme, en pareils cas, il s'agissait ordinairement d'ulcères ou de néoplasme gastrique, l'intervention chirurgicale lui paraissait la méthode de choix. Quelques auteurs ont essayé les opérations simulées. Notre cas semble donner raison à cette seconde manière de voir, et montrer la possibilité d'une cure du syndrome interprétation par conviction, sans que disparaissent nécessairement toutes les sensations servant de base et d'aliment au délire.

La guérison se maintiendra-t-elle ? A cela, il est difficile de répondre. Elle dure déjà depuis un mois. Mais notre malade conserve intacte la croyance en son délire passé. Si l'on peut dire, morte la bête, mort le venin, on peut ajouter que la crédulité persiste.

---

(1) En collaboration avec M. Borel. (*Société Clinique de Médecine Mentale*, n° 7, juillet 1920). — *Résumé.*
(2) Société Médico-psychologique, 24 février 1908.

Pédophilie et fétichisme (1)

On sait combien sont fréquentes les perversions sexuelles chez les dégénérés. Magnan, dans ses *Leçons Cliniques*, a souvent insisté sur ce fait, que loin de constituer une forme particulière de maladie mentale, elles ne sont que des variétés séméiologiques sous lesquelles peuvent se présenter les obsessions.

Si elles se rencontrent dans des états dégénératifs marqués, s'accompagnant d'une insuffisance mentale accusée, on les observe, aussi, chez des sujets intelligents, dégénérés, moyens ou supérieurs. Dans ce groupe, à hérédité plus ou moins chargée, non seulement on relève des signes physiques de dégénérescence, mais encore il est exceptionnel qu'un interrogatoire attentif ne mette pas en évidence d'autres tares psychiques plus ou moins nettes, la déviation du sens génital n'étant que la manifestation la plus apparente de leur état.

Chez ces malades, la conservation même de l'intelligence et la lucidité dont ils font preuve posent, parfois, un problème intéressant à souligner : Tandis qu'un débile pervers, par exemple, est incapable de prévoir la conséquence de ses actes, un simple dégénéré saura fort bien à quoi l'exposent les actes immoraux auxquels il se sera livré. Obsédé par le désir de satisfaire ses passions, il n'hésitera cependant pas à courir tous les risques.

Comment alors considérer de tels sujets ? Relèvent-ils de la prison ou de l'asile ? — C'est à leur occasion que Dubuisson et Vigouroux écrivaient si justement : « Ils ne sont pas fous, mais peut-on voir en eux des criminels comme les autres ? »

Le malade dont nous résumons l'observation appartient à une catégorie de fétichistes envisagés comme irresponsables ou à responsabilité atténuée, pour des motifs également valables.

G... est un homme de 42 ans. Il est entré à l'Admission le 23 novembre 1920, venant de la prison de la Santé, où il était prévenu d'attentat aux mœurs.

On l'avait arrêté dans un square où il se livrait à des attouchements sur une fillette de 9 ans. G... reconnaît l'exactitude des faits qui lui sont reprochés. Il va même plus loin et nous révèle que, nombre de fois, il a commis des actes semblables, dont certains lui ont déjà valu des condamnations, ce qui ne l'a pas empêché de recommencer.

Dans un long récit, il étale successivement et avec complaisance, toutes ses perversions : « Du plus loin que remontent mes souvenirs, écrit-il, j'ai toujours eu cette obsession de jouer avec des fillettes, voir et toucher leur linge et leur nudité. »

---

(1) En collaboration avec M. Borel. *Société Clinique de Médecine Mentale* (N° 9, décembre 1920). — *Résumé.*

C'est dès l'enfance, en effet (il avait 7 ans environ), que se sont manifestées ses premières obsessions génitales. Il semble que dès lors se soit formée en lui une association indissoluble entre le plaisir ressenti et le jeune âge de ses partenaires. Parlant d'attouchements réciproques : « Je ne sais pas, nous expose-t-il, qualifier ce que j'éprouvais ; pendant plusieurs minutes c'était une sensation de bonheur étrange qui me semblait une véritable extase. »

Depuis il n'a jamais pu chasser ce souvenir qui se traduit par ce qu'il appelle « un sexe de fillette, à demi caché par un pantalon. »

Telle est l'origine du fétichisme qui l'a toujours attiré depuis vers le linge féminin et, en particulier, les pantalons de fillettes.

Parallèlement à cette sexualité anormalement précoce, d'autres marques de déséquilibre se montraient chez lui : Il était émotif, coléreux, inventeur d'histoires. Plus tard il eut d'autres impulsions et, plusieurs fois, il fit des fugues.

Il appartenait d'ailleurs à une famille tarée, au point de vue mental : un frère de son père est mort aliéné. Deux cousins germains sont idiots.

D'intelligence vive, G. eut son certificat d'études à 12 ans : « Or, dit-il, à l'école je ne travaillais aucunement, et cependant j'étais toujours premier. »

A 13 ans, sa famille le plaça comme garçon de café, dans une grande ville, mais son instabilité ne lui permettait de rester nulle part ; il partait de lui-même ou se faisait renvoyer. Obsédé par le souvenir des fillettes de son village, il lui arrivait souvent d'abandonner son travail pour se rendre dans le square « voir les enfants qui, sans s'en douter, montrent en jouant, leur linge et leur nudité. »

Rentré chez lui, il se livrait à l'onanisme, et, chaque fois, en évoquant le souvenir d'un pantalon de fillette.

G... s'arrêtait souvent devant les magasins et restait en contemplation devant les étalages de lingerie enfantine. Cette seule vue suffisait à déterminer une excitation génésique très accusée. A 16 ans, au cours d'une promenade, il vit deux pantalons qui séchaient dans un jardin. Il ne put s'empêcher de les dérober et les emporta chez lui pour en faire l'usage qu'on soupçonne.

Ce vol lui valut plusieurs jours de prison.

Malgré ce fétichisme, G..., dès cette époque, connut cependant quelques femmes. Mais ces relations le laissaient toujours insatisfait, parfois même ne lui donnaient que du dégoût. Une seule fois, nous avoue-t-il, l'aventure lui devint agréable. Il avait alors 18 ans.

Il fit connaissance, dans un café-concert d'une jeune chanteuse : « Elle avait 15 ans, écrit-il, mais en paraissait moins. » Il devint son amant. Une brouille les sépara bientôt. Il se mit alors à boire immodérément et tenta de se suicider en se donnant un coup de couteau dans la poitrine. La plaie était insignifiante. Après guérison, il contracta un engagement de 5 ans dans l'Infanterie légère d'Afrique.

Durant cette période G. eut de nombreuses punitions, pour ivresse, indiscipline, absences illégales, au total 500 jours de prison. Il recherchait les jeunes Arabes impubères, mais ne se livra jamais à la pédérastie. C'est un vice pour lequel il manifeste une extrême aversion. Ce qu'il préfère, c'est le plaisir solitaire avec évocation de toutes jeunes fillettes en pantalon. Poussé par la nécessité il va parfois, très rarement, dans des maisons de tolérance et s'adonne à la bestialité, préférant, avoue-t-il, les animaux aux « femmes faites » et surtout à des femmes ayant des poils.

Son engagement terminé, il rentra en France et vint à Paris où il trouva un emploi dans une maison de commerce. Son obsession n'a pas changé. Il parcourt les squares à la recherche des petites filles : souvent il lui suffit de les voir, mais s'il a bu, l'excitation de l'alcool l'amène à faire les propositions signalées plus haut et qui l'ont fait arrêter maintes fois, puis relâcher faute de preuves suffisantes. (Plus de 10 arrestations non maintenues en 6 ans).

Effrayé cependant de la surveillance dont il finit par être l'objet, G... essaya de voir des femmes. Il eut ainsi plusieurs liaisons, toutes assez brèves et sans que ses obsessions génitales fussent atténuées. Un jour, en 1913, il attira une fillette de 9 ans chez sa maîtresse du moment. Celle-ci l'ayant surpris, lui fit une scène violente et menaça de le dénoncer. G... tenta alors de se suicider et se blessa assez sérieusement d'un coup de revolver.

Guéri, ses obsessions le reprirent. Il recommença à fréquenter les squares. Mobilisé en 1914, il fut réformé en 1915 pour emphysème. Revenu à Paris, il reprit son ancien métier de garçon de café et, de nouveau, se livra à l'alcool. Ses impulsions se firent plus impératives. C'est ainsi qu'un jour, en 1915, ayant décidé 3 fillettes à venir chez lui, il fut dénoncé, arrêté et condamné à 4 mois de prison. Sa peine purgée, il se tint calme pendant quelques mois, puis recommença. Il récolta ensuite deux nouvelles condamnations en 1916 et en 1918.

En même temps que se passaient tous ces faits, son féticisme des pantalons continuait à l'obséder. Comme autrefois, dans son adolescence, les étalages de lingerie d'enfants exerçaient sur lui la même fascination. Il les contemplait pendant des heures, presque quotidiennement. Souvent aussi il entrait dans les grands magasins et rôdait autour du comptoir des pantalons. Il n'osait s'adresser au vendeur, de crainte qu'un semblable achat parut bizarre de la part d'un homme comme lui : « C'est pourquoi, nous dit-il, je me décidai à en voler plusieurs paires ». Deux fois, il eut la chance de n'être pas aperçu. Une troisième fois, en 1919, pris sur le fait, il fut arrêté et condamné à 6 mois d'emprisonnement, sans qu'on soupçonnât le motif de son larcin.

Cette année enfin, quelques semaines après sa sortie de prison, C... est de nouveau surpris avec une fillette dans un square. C'est dans ces conditions qu'il est arrivé à l'Admission, après non-lieu, sur expertise du Dr de Clérambault.

C'est un homme paraissant normalement constitué chez lequel on ne relève pas de signes physiques de dégénérescence. Spécifique depuis plusieurs années, il présente des signes d'aortite, et a eu, il y a 5 ans, une lésion syphilitique du testicule gauche. C'est un buveur invétéré.

Comme nous l'avons déjà dit, il se rend parfaitement compte de la gravité des actes qui lui sont reprochés et ne cherche pas à s'en excuser. Pour toute défense, il s'écrie : « C'est une maladie, je suis obsédé ». Ajoutons qu'il s'étonne, cependant, de la sévérité de certains juges, à son égard : « Je suis, en somme, absolument inoffensif, puisque je n'ai jamais eu la moindre idée de pratiquer le coït, avec les fillettes que j'ai connues. Beaucoup étaient, d'ailleurs, continue-t-il, de véritables professionnelles ». Et il ajoute enfin qu'ayant contracté la syphilis, il y a 12 ans, on devrait lui savoir gré de n'avoir contaminé personne, grâce justement à ses perversions !

Comment considérer un tel malade ? Relève-t-il de la prison ou de l'asile ? Sans doute, souvent, la seule crainte de la Justice peut, chez

nombre de pervers, déséquilibrés ou dégénérés, être assez forte pour les faire résister à leurs impulsions. Il y a ainsi toute une catégorie de sujets chez lesquels la peur du gendarme est le commencement de la sagesse. Ce sont les « intimidables », pour lesquels, mieux que l'asile, la prison conviendra. Sans parler du degré de leur responsabilité, il est certain que, chez eux, une condamnation aura souvent une influence des plus favorables. La société peut donc se défendre contre eux en les emprisonnant.

Par contre, il en est d'autres, et le cas que nous présentons en est la preuve, où les peines, même répétées, restent inefficaces. Inintimidables, ces malades, dominés par leurs impulsions, ne peuvent s'y soustraire. Fréquemment d'ailleurs, des influences adjuvantes viennent encore diminuer la résistance déjà faible qu'ils pourraient opposer. L'alcoolisme est un de ces facteurs qui rendent impossible la vie en liberté de nombre de fétichistes et leur amendement par la prison. L'asile seul leur convient.

Quel est l'avenir des fétichistes ? — Une statistique à leur sujet serait des plus intéressantes. Les dossiers de la Préfecture ou des Greffes des Tribunaux fourniraient de précieux documents, utiles à consulter. Nous avons pu suivre quelques fétichistes, pédophiles et autres. Les uns ont fini par se suicider. La plupart appartenaient à une classe élevée de l'échelle sociale. D'autres ont cherché des dérivatifs plus ou moins opérants (pratiques religieuses, sports, travaux intellectuels). D'autres encore, les plus nombreux, se sont surtout préoccupés d'éviter la police sans renoncer à leurs obsessions. Il en est enfin, parmi ceux ayant été tantôt internés, tantôt condamnés, qui, s'inspirant de la chauve-souris du fabuliste, feront état de leur irresponsabilité devant le Juge d'Instruction, puis, séquestrés, s'adresseront à la Justice pour être rendus à la liberté. Ils arrivent ainsi à la vieillesse après des vicissitudes diverses, sans avoir trouvé, le plus souvent, l'apaisement de l'obsession par l'accomplissement de l'acte.

Débilité intellectuelle et morale d'un jeune garçon utilisée par un professionnel du vol (1)

L'utilisation des débiles par des gens sans scrupules a déjà été signalée (2).

Assez souvent, en effet, on rencontre de pareils malades affiliés à de

(1) En collaboration avec M. Borel. (*Société Clinique de Médecine Mentale*, n° 8, novembre 1920). — *Résumé.*

(2) MM. Briand et Vinchon. *Utilisation de deux débiles pour commettre des escroqueries.* Soc. Clin. de Méd. Ment. (Janvier 1913).
MM. Briand et Salomon. *Utilisation d'un débile délirant.* Soc. Clin. de Méd. Ment. (Mai 1913).

véritables bandes de malfaiteurs, qui mettent à profit leur débilité même pour leur faire accomplir de dangereuses besognes, tandis qu'eux, restant à l'abri, se contentent de récolter, sans courir de grands risques, en vertu de ce principe que la responsabilité la plus lourde appartient à celui qui a perpétré l'acte, tandis que l'instigateur, dont le rôle est parfois prépondérant, s'il n'échappe pas à la justice, sera toujours moins sévèrement puni.

Cette utilisation des débiles est peut-être même plus manifeste encore lorsqu'il s'agit de précoces délinquants. Dans cette catégorie de sujets, le nombre des débiles est particulièèrement élevé.

Lorsqu'on interroge ces jeunes prévenus, on est frappé de constater la fréquence de l'entraînement au vol, ou même au crime, par des individus plus âgés, qui se servent d'eux, poussant et stimulant l'enfant, le menaçant parfois, développant ses pires instincts, riant de ses scrupules moraux, lui faisant honte de ses craintes et l'amenant ainsi à accepter l'idée, puis à commettre telle action délictueuse ou criminelle dont ils seront les principaux bénéficiaires.

Or, à cette besogne de démoralisation, déjà facilitée par la plasticité, la suggestibilité de pareils malades, un autre élément vient encore, dans beaucoup de cas, s'ajouter. Nous voulons parler de la publicité accordée par la Presse aux faits et gestes des malfaiteurs.

Dans une communication faite en mars 1913 à la Société Générale des prisons, le professeur Gilbert Ballet avait attiré l'attention sur l'influence néfaste de la publicité donnée aux crimes par les journaux (2). Il avait montré que cette influence s'exerçait particulièrement sur une catégorie de sujets, jeunes dégénérés, anormaux, débiles pervers où se recrutent la plupart des jeunes délinquants et criminels. La lecture de longs récits consacrés aux vols audacieux, aux actes de banditisme, aux assassinats mystérieux enflamme ces imaginations juvéniles. La reproduction des traits de ces tristes héros leur confère une marque de célébrité. Dans ces lignes sensationnelles, ils puisent des renseignements précieux, apprennent les méthodes de leurs aînés. Ainsi, plusieurs fois, sont nées des vocations de scélérats. En dehors des journaux, le cinéma et la littérature vulgarisent les prouesses des bandits. On conçoit l'action que cette propagande, par l'image et le récit, peut avoir sur de jeunes esprits et, particulièrement, sur des esprits débiles, chez qui le discernement est congénitalement insuffisant. C'est en quelque sorte une accoutumance, une familiarisation avec la notion de crime ou de vol, qui se produit. Sur un terrain ainsi préparé, il suffira de peu de chose pour le passage à l'acte : de mauvaises fréquentations, la connaissance faite à l'atelier

(1) Gilbert Ballet. *Influence de l'Image et de la publicité*. Société Générale des prisons. (Séance des 12 mars et 16 avril 1913).

d'un individu, généralement plus âgé, et déjà malfaiteur endurci (le cas est fréquent). Celui-ci, bien vite, prend aux yeux du débile, un indiscutable prestige. Ses paroles lui sont des oracles, ses demandes deviennent des ordres auxquels il n'ose, ou même ne songe, à désobéir. Lui dit-il de voler, il vole, et rapporte les produits du vol. Il est devenu une proie docile, un outil complaisant.

A la suite d'une ordonnance de non-lieu, Camille est entré le 6 octobre 1920, à l'Admission. C'est un enfant robuste et bien constitué, chez lequel on ne trouve pas de stigmates de dégénérescence très marqués. On peut voir sur la bosse frontale gauche la cicatrice d'un traumatisme reçu à l'âge de 7 ans. Depuis qu'il est dans notre Service, il s'occupe régulièrement. Il aime d'ailleurs les gros ouvrages et les effectue avec satisfaction. Il est doux et tranquille, se trouve bien ici et ne réclame pas sa sortie. Très indifférent vis-à-vis de sa famille, il n'a cependant pas manifesté de dispositions perverses, mais ne paraît pas se rendre compte de la gravité des faits qui lui sont reprochés. Son instruction est très rudimentaire parce que tout travail intellectuel lui est difficile et l'ennuie.

Camille est un débile, à la fois intellectuel et moral. Son histoire en est la preuve. Sa suggestibilité, sa docilité à suivre les conseils de gens qu'il connaît à peine, son insuffisance de discernement, les vols mêmes qu'il a commis, la distribution rapide et puérile de l'argent volé, portent bien le cachet de cette débilité.

Peut-on parler ici de l'influence de l'image et de la publicité, selon l'expression du Professeur Gilbert Ballet ? — Il semble bien que notre jeune malade ait été au moins quelque peu touché par elle. Ses lectures favorites étaient les faits divers des grands quotidiens, et les récits des vols et des crimes si abondants dans les journaux. Il les lisait et les relisait jusqu'à trois fois, nous avoue-t-il. Lui demande-t-on la raison de cet intérêt ? il répond que ces récits, au moins il les comprend, tandis que les autres articles du journal lui semblent inintelligibles. Ce sont, en effet, des mobiles simples qui font agir les malfaiteurs, mobiles donc accessibles facilement à une intelligence bornée. Vraisemblablement, dans le cas qui nous occupe, peu à peu cette prédilection pour de telles lectures, entraîna une familiarisation, une accoutumance avec l'idée de vol. L'on peut ainsi dire, que ce fût à un esprit déjà préparé qu'eut affaire le malfaiteur qui utilisa Camille.

Une dernière question resterait à se poser. De tels sujets peuvent-ils être considérés comme vraiment dangereux ? A cela, nous répondrons qu'inoffensifs par eux-mêmes, ils ressemblent en quelque sorte à une arme à feu qu'il suffit de charger pour la rendre dangereuse. C'est justement ce que font les instigateurs professionnels lorsqu'il leur tombe entre les mains un élément passif comme notre jeune garçon.

Les sujets, comme le nôtre, « courent les rues », on peut le dire

sans métaphore. Dans une bande de malfaiteurs, il y a presque toujours un chef, des professionnels et, très souvent aussi, un ou plusieurs débiles intellectuels et moraux, éminemment suggestibles, qui, bien dirigés, se comporteraient raisonnablement. Lorsque le juge d'instruction a des doutes sur la responsabilité d'un prévenu, il le fait examiner par l'expert ; cette mesure ne suffit pas : Il faudrait, aussi, examiner, par comparaison, les instigateurs au point de vue de l'influence qu'ils sont susceptibles d'exercer sur certains de leurs co-équipiers.

Bouffée ambitieuse à l'occasion de faits exacts chez un dégénéré et délire ambitieux chez une débile. Comparaison (1)

Il n'est pas toujours facile de démêler le vrai du faux dans les dires des aliénés et cependant c'est un problème qui souvent se pose devant le médecin.

Un malade peut avoir à se plaindre de son entourage, être en butte à des persécutions réelles et cependant délirer dans ses récriminations.

Il y a quelques années, l'un de nous a observé une vieille persécutée qui accusait son voisin d'avoir fait un trou dans le mur de sa maison, au travers duquel il l'injuriait, et lui lançait toutes sortes de choses malodorantes.

Le frère de la malade partageait son délire ; il avait fait constater, par plusieurs habitants de la localité, que le mur de la maison était réellement percé et apporta triomphalement l'instrument ayant servi à la perforation, ainsi qu'une pétition, signée par quelques voisins, où étaient certifiées l'intégrité des facultés intellectuelles de la malade internée et l'existence du trou.

Une semblable intervention, avec pièces à l'appui aussi concluantes, pouvait être impressionnante.

Renseignements pris auprès du voisin persécuteur, voici ce qui s'était passé :

Celui-ci, las de s'entendre toujours reprocher les injures et autres maléfices que la malade l'accusait de lui lancer à travers des trous imaginaires, avait fini par en faire vraiment un par où il lui avait crié: « Tu dis, vieille folle, que je t'injurie et que je te persécute à travers le mur, maintenant tu as raison de le croire et ce ne sera pas fini. »

Ajoutons que la malade était atteinte d'un délire de persécution, dont le début remontait à plus de 10 ans et sous l'influence duquel, se croyant toujours tourmentée par ses voisins, elle avait déménagé maintes fois dans Paris, avant de venir échouer dans une localité des

(1) En collaboration avec le Docteur Fillassier. *Société Clinique de Médecine Mentale* (n° 8, novembre 1912). — *Résumé.*

environs où elle espérait trouver la paix ; aussi ses nouveaux voisins ne la connaissaient-ils que fort peu. Sa séquestration les étonna d'abord ; mais quand ils virent le trou, leur étonnement fit place à l'indignation ; ils n'avaient plus aucune raison de douter des dires du frère qui, partageant depuis longtemps le délire de sa sœur et trouvant dans l'outil perforateur une preuve nouvelle des persécutions endurées depuis longtemps par elle, gagna vite les voisins à sa cause et obtint facilement d'eux leur signature, pour protester contre l'internement de la malade.

Les voisins ne tardèrent pas à revenir de leur erreur, et l'affaire commencée avec fracas, s'éteignit dans le silence.

Le frère gagna, dans sa séparation d'avec sa malade, de pouvoir se ressaisir.

Parfois ce sont les idées ambitieuses ayant comme point de départ un fait exact, qui prédominent dans le système délirant ; et, cependant encore, leur exposé n'est que la conséquence d'un trouble mental.

Que la conception soit fausse ou les faits exacts, les dires peuvent être identiques ; mais il n'y a pas identité complète dans la façon de les exprimer.

C'est dans ce qu'on pourrait appeler les accessoires de l'exposé, que le médecin doit rechercher les éléments d'appréciation lui permettant de faire le départ des faits vrais ou faux.

Deux malades entrés presque ensemble dans le Service de l'Admission sont assez instructifs à cet égard :

L'un qui paraît aujourd'hui amélioré se dit le descendant de deux familles illustres dans l'histoire ; l'une avait régné en Bretagne et l'autre comptait parmi ses membres plusieurs chevaliers de Malte dont un Grand Maître de l'Ordre.

Il rêve de proclamer l'indépendance de la Bretagne, forme le projet de lever une armée pour conquérir Malte.

La seconde malade est une débile qui, au hasard de ses lectures, se croit une origine illustre et s'y tient malgré les invraisemblances et les contradictions.

Nos deux malades permettent d'établir un parallèle intéressant :

J... de L... présente assez exactement le type du dégénéré orgueilleux, persécuté, vaguement inventeur. Il se dirige à peu près dans la vie, s'y fait une situation, se crée une famille et compromet tout ensuite. Les malheurs l'assaillent, ils ne sont pas son fait,, il est victime de son caractère qui fuit les compromissions ; on s'acharne après lui, de tous côtés on le persécute. Il faut que ces manœuvres finissent, il pourra se livrer alors à l'œuvre qui l'attend : la séparation de la Bretagne d'avec la France, la reconstitution de l'Ordre de Malte et la conquête de l'île.

Or, et c'est ici un caractère particulier de son délire, il semble bien

que sa parenté est en effet réelle avec des notoriétés du monde des lettres et de l'armée. En dehors de ses accès, il ne l'affiche ni n'en parle, pas plus qu'il n'exige la restitution de Malte.

Qu'une bouffée surgisse, et tout aussitôt il est entraîné, donne libre carrière à sa vanité orgueilleuse et ses revendications apparaissent.

Il semble que son cerveau, privé d'auto-critique, ne puisse plus réfréner les tendances mégalo-maniaques qui y couvent ; il en est brusquement envahi.

Qu'il guérisse et tout rentrera dans l'ordre ; peut-être pourra-t-il, pendant une nouvelle période de dix années, comme à la suite de son premier accès, vivre en société sans troubles apparents ou tout au moins sans réactions qui nécessiteront un nouvel internement ; alors il nous dira sans doute que ses revendications reposent sur des faits justes, mais qu'il a eu vraiment tort de les formuler.

C..., bien au contraire, est une débile, sans instruction, qui forge avec de pauvres moyens, un pauvre délire, au hasard de quelques lectures, elle se découvre une origine royale, elle s'attache à cette révélation, et ni les contradictions ni les invraisemblances ne l'arrêtent. Avec un entêtement systématique, elle refuse d'abandonner le thème imaginé, et rien ne la fera dévier.

Et cependant, en dépit de ces dissemblances, l'un et l'autre sont susceptibles de réactions dangereuses. J... de L..., écœuré, dégoûté de tant d'injustices, des tristesses d'un foyer détruit, peut se livrer à quelque violence ; il en a même ébauché une en se rendant à l'Elysée « pour qu'on en finisse ». C..., heurtée dans ses convictions, plaisantée, raillée ou découragée de n'être pas entendue, peut se livrer, sur elle-même ou autour d'elle, à quelque acte désespéré.

Un maculateur de statues agissant dans un but philanthropique (1)

Le malade présenté appartient à la catégorie des aliénés qui cherchent à attirer l'attention des pouvoirs publics par des attentats divers, mais ce n'est pas un délirant : c'est un débile, qui a détérioré deux statues par dévouement : il voulait solliciter l'attention du Gouvernement sur la situation faite à certains « accidentés », espérant que son acte, dont lui-même ne pouvait bénéficier, servirait à d'autres dans l'avenir.

G. a 36 ans ; il est normalement constitué et n'a pas d'antécédents héréditaires. Il apparaît comme un instable : il a beaucoup voyagé ; son ins-

(1) En collaboration avec M. Jean Salomon, interne du Service. (*Bulletin de la Société Clinique de Médecine Mentale*, n° 5, mai 1913). — *Résumé.*

truction est assez rudimentaire. Il a eu parfois quelques périodes de dépression. Le seul stigmate de dégénérescence qu'on relève, chez lui, est un défaut de prononciation qui consiste à ne pouvoir prononcer les *r*. Sa mère et ses frères auraient eu le même défaut de prononciation.

G., qui est employé de commerce, voiturait des imprimés lorsque son triporteur fut heurté par une automobile : G. fut blessé à la tête ; étourdi par l'accident, il ne pensa pas à constituer des témoins et se contenta de relever le numéro de l'automobile dont il appela le chauffeur devant le Juge de Paix. L'affaire fut renvoyée devant le tribunal civil : G. ne sachant sans doute pas qu'il avait droit à l'assistance judiciaire, remplit les formalités exigées pour un procès, versa des provisions à un avoué, paya un avocat : celui-ci, après six mois d'attente, lui apprit que la partie adverse avait pu constituer des témoins et il fit entendre à G. que, n'ayant aucun témoin favorable, il perdrait probablement sa cause ; qu'en tout cas il faudrait attendre encore environ six mois et verser de nouvelles provisions.

G. avait déjà dépensé beaucoup d'argent, il se trouvait à bout de ressources ; il crut préférable d'abandonner une instance qui ne le mènerait à rien pour protester d'une autre façon. Il était temps, pensait-il, d'attirer l'attention des pouvoirs publics sur de telles injustices. Il savait bien qu'à lui-même, ce ne serait d'aucune utilité, mais il fallait à tout prix empêcher le renouvellement de semblables dénis de justice.

Dès lors, il réfléchit au moyen à employer pour protester le plus efficacement et fut guidé par l'exemple des suffragettes anglaises dont il lisait les exploits sur les journaux.

Après avoir pensé à une bombe, après avoir eu l'idée de démolir une devanture ou de défoncer un tableau du Louvre, il se décida à maculer une statue placée sur la voie publique, pensant que cela ferait du bruit.

Il prit du nitrate d'argent qui, lancé la nuit à l'aide d'une petite seringue, ne pouvait attirer immédiatement l'attention de personne, puisque la tâche n'apparaîtrait qu'à la lumière du jour par la décomposition des sels d'argent. Dans la nuit du 23 mars, il tachait la statue de Waldeck-Rousseau; dans celle du 28, la statue de Péan et, quinze jours après, il se présentait chez le commissaire de Police pour s'accuser d'avoir détérioré ces deux monuments et pour lui exposer dans quel but il avait agi.

L'affaire suivit son cours : considéré comme irresponsable, G. fut conduit à l'Infirmerie spéciale du Dépôt d'où on le dirigea sur l'Admission.

Aujourd'hui, comme toujours, depuis son entrée à l'Asile, G. paraît satisfait si on l'interroge sur les motifs de son arrestation. Loin de regretter son geste, il a conscience d'avoir bien agi. Peut-être que son acte servira à quelque chose ! « En tout cas, tout effort accompli dans un but garde son utilité. »

G. a les mêmes dispositions d'esprit que lorsqu'il exécutait son acte. S'il était à la veille de le faire, il n'hésiterait pas plus qu'il n'a hésité il y a deux mois. Aujourd'hui les circonstances sont changées, par le fait de son arrestation, aussi promet-il de ne pas renouveler son geste ; a-t-il vraiment trouvé son chemin de Damas au Pavillon Magnan ? — L'avenir nous l'apprendra. Il a fait entendre sa protestation, il ne peut pas faire davantage et d'ailleurs maintenant qu'il est passé par Sainte-Anne, une nouvelle manifestation n'aurait aucun résultat, on ne le prendrait même plus au sérieux, on ne manquerait pas de dire : « C'est un fou. ».

Amnésie rétrograde partielle chez une débile... ou fabulation (1)

Une de nos malades est arrivée à l'Asile de Villejuif le 12 août 1907 : c'est une inconnue, d'une trentaine d'années, dénommée Marie-Louise qui prétend avoir oublié le nom de ses parents ainsi que leur domicile et ne peut donner que des renseignements très vagues sur son passé : elle raconte qu'elle était récemment arrivée à Paris, accompagnée de sa tante, par une gare qu'elle croit être la gare Saint-Lazare. Son père, qui l'aurait mise dans le train, serait descendu, pendant le voyage, alors qu'elle sommeillait ; en sortant de la gare, elle serait montée, toujours en compagnie de sa tante, dans un fiacre qui l'aurait conduite dans un restaurant inconnu où après dîner, elle se serait endormie : ce n'est que le lendemain qu'elle se serait retrouvée à l'hôpital, sans savoir comment elle y était arrivée.

L'enquête de la Préfecture de Police établit que Marie-Louise a été trouvée par les agents, endormie sur un banc aux environs de la Place de l'Europe : comme elle paraissait malade, elle fut conduite à Beaujon ; de là, en raison de son état de demi-hébétude, elle fut envoyée à l'admission avec un certificat ainsi conçu : « Débilité mentale confinant à l'imbécillité. Légère obtusion. Inertie. Troubles de la mémoire. Evalue mal le temps, oublie les mots d'épreuve. Perdue dans Paris, ne peut dire son identité. Céphalalgies tenaces qui seraient survenues depuis deux ans. Anesthésie pharyngée. Appareil prothétique dentaire ; semble originaire de l'Orne. »

A l'Asile, on constata qu'elle était atteinte de débilité mentale avec incapacité de se diriger et qu'elle était un peu déprimée mais sans délire.

A la suite d'une série d'interrogatoires sur son passé, oralement et par écrit, elle a fini par raconter, en donnant quelques noms de personnes, que sa mère était décédée, qu'elle était restée avec son père et la sœur de celui-ci dans une villa construite au milieu d'un grand jardin dans un pays qu'elle ne peut désigner et dont elle n'a pu retrouver le nom sur les annuaires qu'on a mis à sa disposition. Elle donne d'autres détails sur le nombre et le nom des domestiques, sur un médecin qui soignait son père et qui lui faisait suivre à elle-même un traitement pour une céphalée persistante. Elle dit avoir eu une méningite à la suite de laquelle elle aurait perdu la mémoire et serait restée dans une mélancolie continuelle et une sorte de « demi-sommeil » qui la condamnait à l'inaction.

L'ensemble de cette histoire n'a été raconté que par bribes, mais il est un point sur lequel elle a toujours insisté, c'est qu'elle a été volontairement abandonnée par sa tante malgré son père qu'elle réclame.

Pour ce qui s'est passé depuis son arrivée à Villejuif, elle en conserve un souvenir d'abord vague, qu'on peut l'amener à préciser et qui persiste ensuite.

Son amnésie, si amnésie il y a, serait donc à peu près complète relativement à une période comprenant la première partie de son existence et seulement partielle en ce qui concerne une période comprise entre

---

(1) *Bulletin de la Société Clinique de Médecine Mentale* (n° 5, mai 1909). — *Résumé.*

la méningite survenue vers l'âge de dix-huit ans et le jour où la malade s'est retrouvée à l'Hôpital Beaujon au cours d'une obnubilation de cause indéterminée.

En résumé, cette jeune fille prétend n'avoir gardé qu'un souvenir confus de son existence, jusqu'au moment où elle aurait eu une maladie assez grave, tout en se rappelant certains noms et, précisément, ceux qui ne peuvent, faute d'adresses, constituer un fil conducteur susceptible d'amener la découverte de son ancien domicile et, par suite, d'identifier la malade. Cette particularité doit, à elle seule, rendre très réservé dans l'appréciation de ses dires qui suggèrent trois hypothèses :

On pourrait penser qu'élevée dans une communauté religieuse aujourd'hui dissoute, Marie-Louise aurait été abandonnée, pour une cause ou pour une autre, sur le pavé de Paris. Peut-être a-t-elle réellement subi un amoindrissement du fait d'une affection grave quelconque qui l'aurait fait prendre en grippe par sa tante, laquelle tante aurait décidé son père à la conduire à Paris pour l'y abandonner. Reste enfin l'hypothèse d'une fabulation, d'un roman inventé de toutes pièces, ou peut-être suggéré involontairement par les nombreux interrogatoires subis par la malade qui, tombée dans la misère, aurait trouvé ce moyen de se faire recueillir, tout en se rendant intéressante.

En présence d'un cas semblable, on ne peut qu'hésiter dans le diagnostic et flotter entre ces hypothèses tout en penchant vers la seconde.

Pathogénie de certaines formes délirantes associées. Coexistence de l'épilepsie avec une vésanie. Action convergente de la double hérédité (1).

Dans ses *Leçons sur les maladies mentales,* M. Magnan a décrit des états pathologiques dissemblables qui se montrent momentanément chez le même sujet et il a montré qu'une « hérédité double » peut donner naissance à un « être pathologique double ».

Il est, en effet, fréquent de rencontrer des malades, considérés comme mélancoliques, persécutés, délirants chroniques, etc..., qui, tout à coup, manifestent les symptômes du *morbus sacer.*

Dès lors, deux états morbides distincts, ne s'influençant pas d'une façon réciproque, vont évoluer séparément chez le même individu.

Si l'on interroge le malade ou sa famille, on apprend, par exemple, que les crises convulsives, dont il souffre, peuvent s'expliquer par l'épilepsie ou l'alcoolisme paternels et que les symptômes de manie ou

---

(1) En collaboration avec M. Brissot, interne des Asiles de la Seine. (*Annales médico-psychologiques,* mai-juin 1909). — *Résumé.*

de mélancolie qu'il présente peuvent de même trouver leur origine dans les troubles vésaniques de la mère.

C'est ainsi que, souvent, le délire mélancolique, dont nous avons constaté la fréquence chez les sujets simultanément comitiaux, était représenté par une vésanie maternelle, tandis que le mal caduc paraissait être le don d'un père ivrogne ou épileptique.

— Obs. I. — G. Emilie, 28 ans, quelques jours avant son entrée à l'Asile, avait manifesté d'une façon brusque des idées délirantes mélancoliques où prédominaient le scrupule, le découragement, l'auto-accusation et l'indignité ; elle avait tenté de se suicider par strangulation.

Emilie est aussi épileptique : elle a depuis cinq ans des accès convulsifs fréquents qui ont nécessité, à l'époque de leur apparition, un séjour de la malade à l'hospice de la Salpêtrière.

Son enfance a été maladive, mais elle n'a jamais été atteinte d'affection particulière ; elle est sobre.

Le père de cette jeune femme est mort à Bicêtre, dans une crise de *delirium tremens*, il buvait beaucoup d'absinthe ; un oncle paternel s'est suicidé, à l'âge de soixante-douze ans ; une grand'tante maternelle, mélancolique et persécutée, a succombé à l'Asile de Ville-Evrard, où elle avait été internée.

Tels sont les antécédents héréditaires de notre malade, qui possède une double affection, épilepsie et vésanie, dont l'origine peut être recherchée dans la constitution névropathique de ses ascendants, paternels et maternels.

— Obs. II. — D. Antonie, 58 ans, internée pendant quatre ans à l'Asile Clinique avec le certificat d'entrée suivant : « Epilepsie, attaques convul-« sives avec morsures de la langue. Périodes de stupeur d'une certaine « durée, suivies de délire et d'excitation maniaque, violente par moments. « Impulsions morbides irrésistibles. »

Deux ans après son passage à l'Asile Clinique, ayant séjourné quelque temps dans différents services d'aliénés, D. est entrée à l'Asile de Villejuif, présentant sensiblement le même état mental : c'était une maniaque rémittente, conservant la conscience des actes impulsifs qu'elle commettait, sous l'influence de quelques idées de persécution, ou de son agitation, quand celle-ci ne relevait pas des manifestations délirantes du *morbus sacer*.

Les crises convulsives sont aujourd'hui très rares, mais D. s'excite parfois.

A l'heure actuelle, la malade est en démence. Elle rappelle, par son attitude et son langage, l'aspect des sujets atteints de manie incohérente ; quelques idées de persécution, vagues et mal systématisées, ont survécu, comme vestige d'une activité délirante aujourd'hui disparue.

Du côté paternel, un aïeul ivrogne est mort d'une cirrhose alcoolique ; du côté maternel, un oncle et deux tantes ont été internés pour délire de persécution.

On peut penser que l'action convergente de cette double hérédité a eu pour effet de provoquer, chez D., les deux états morbides, épileptique et vésanique.

— Obs. III. — F. Jeanne, 28 ans, admise à l'Asile, il y a un an, avec un certificat de vingt-quatre heures ainsi libellé :

« Dégénérescence mentale. Excitation maniaque actuelle. Présomption

« de folie à double forme. Accès mélancolique récent. Agitation depuis « huit jours, gesticulations et cris sur la voie publique. »

La malade, profondément dégénérée, nourrit en outre des idées mystiques et de persécution, rendues plus actives par des hallucinations multiples ; six mois après son entrée à l'Asile, elle a eu, de plns, dans une même journée, six crises convulsives, de nature comitiale, crises dont la fréquence est allée ensuite en diminuant.

Aujourd'hui, la période d'agitation a fait place à une nouvelle phase de mélancolie. F... s'isole et se refuse à toute occupation ; elle a fait une tentative récente de suicide.

Son père, marchand de vins et vraisemblablement alcoolique, s'est suicidé ; il était d'un caractère triste et renfermé. Sa mère, assez bien portante, mais d'un caractère mélancolique, ne cesse de pleurer et de se lamenter ; c'est aussi une débile, très émotive, que le moindre ennui plonge dans le plus profond désespoir.

— Obs. IV. — F. Hélène, 25 ans, entrée à l'Asile il y a trois ans, avec le diagnostic : « Epilepsie et délire mélancolique ».

Elle est triste, pleure constamment et refuse de s'alimenter. Assez réticente, elle dissimule un état hallucinatoire vraisemblablement très actif : les premiers symptômes comitiaux sont apparus à l'âge de 13 ans, crises surtout fréquentes depuis une dizaine d'années.

Nous constatons ici une hérédité similaire et opposée, puisqu'une aïeule de Mlle F. eut des accès de mal caduc. Le père de cette jeune fille, d'un caractère difficile et d'une humeur habituellement instable, a transmis à la malade ses idées mélancoliques, alors que la vésanie semble tirer le plus souvent son origine du côté maternel.

Le frère d'Hélène F. âgé de vingt-deux ans, mélancolique et sujet à des attaques d'épilepsie, a été soigné pendant six mois dans le même établissement que sa sœur ; un cousin de sa mère est mort à Bicêtre.

— Obs. V. — C. Marie, 46 ans, entrée pour la quatrième fois à l'Asile, il y a un an ; son premier internement remonte à vingt-deux ans ; à cette époque, la malade présentait de l'excitation intellectuelle avec idées mélancoliques et accidents convulsifs, de nature hystéro-épileptique ; elle était agitée, violente et dangereuse pour son entourage.

Parfois, des accidents nettement épileptiques se manifestaient chez cette fille : chute brusque avec perte de connaissance, morsure de la langue, amnésie totale consécutive à la crise.

L'examen somatique pratiqué à cette époque permit de constater de nombreux stigmates d'hystérie, parmi lesquels une hémianesthésie droite, avec rétrécissement concentrique du champ visuel de ce côté, une hyperesthésie de la zone ovarienne droite, et une abolition complète du réflexe pharyngé.

C. est, de plus, mélancolique par accès ; elle a tenté, à diverses reprises, de mettre fin à ses jours, mais elle a conscience de son état et, lorsqu'elle ne peut chasser ses idées de suicide qui l'obsèdent parfois d'une façon angoissante, elle demande elle-même sa réintégration à l'Asile.

A l'heure actuelle, la malade, dont l'état mental va en s'améliorant, ne semble plus assujettie aussi souvent aux mêmes préoccupations tristes. Ses accès convulsifs deviennent de plus en plus rares et s'atténuent progressivement.

Son grand-père paternel s'adonnait à la boisson ; son père, ancien soldat d'Afrique et grand buveur d'absinthe, s'est suicidé, au cours d'un accès de mélancolie, en se jetant du haut d'une fenêtre à l'Hôpital de la Pitié.

Ainsi, la malade a subi l'influence morbide de son hérédité névropathique, dont les effets se sont faits sentir dans sa jeunesse, en provoquant chez elle des convulsions indéterminées, puis des mouvements choréiques et des crises d'hystérie quelques années plus tard.

— Obs. VI. — T. Pauline, 47 ans, entrée à l'Asile, il y a dix ans : habituellement triste, elle a fait des tentatives répétées de suicide ; c'est, d'autre part, une alcoolique invétérée ; vers l'âge de vingt ans, avant de s'être mise à boire, le mal comitial s'est manifesté chez elle par de fréquents vertiges ; les crises convulsives sont rares.

Alcoolisme, délire mélancolique et *morbus sacer* coexistent donc chez Mme F... ; ces trois états morbides restent indépendants, sans exercer les uns sur les autres d'actions réciproques.

Sa mère est mélancolique ; d'un caractère insociable, elle invectivait et frappait sans motifs les personnes qui se trouvaient auprès d'elle. Le père de la malade se livrait régulièrement à l'ivrognerie.

Notons, en terminant, que le mari de la malade, buveur incorrigible, s'est suicidé en absorbant du poison ; sur trois enfants qu'il eut avec cette dernière, deux, manifestement dégénérés et ivrognes, peuvent être rangés dans la catégorie des arriérés intellectuels.

Ces observations ne permettent-elles pas de croire que la double hérédité qui pèse sur les ascendants de ces malades, n'est pas étrangère à la coexistence des deux maladies qu'elles présentent ?

Dans des cas exceptionnels, la dualité pathologique peut provenir d'un seul des parents, chez qui on rencontre associés ces deux états morbides : nous en avons un exemple frappant dans l'observation V où un père, à la fois ivrogne et mélancolique, a transmis seul, à sa fille, la double maladie dont il souffre ; notons cependant que l'alcoolisme paternel engendre fréquemment l'épilepsie chez l'enfant, et qu'assez rares sont les cas dans lesquels le mal comitial de l'ascendant se reproduit d'une façon intégrale chez le descendant (Obs. IV).

Dans les six exemples que nous venons de rapporter, nous avons observé, une seule fois seulement (Obs. IV), l'hérédité convulsive maternelle, le père étant, dans ce cas, l'agent vecteur et producteur de la vésanie. Aussi, ne peut-on poser, à cet égard, de loi générale, la transmission héréditaire étant, dans ses éléments, fort variable d'un sujet à l'autre ; la phrase suivante, empruntée à M. Magnan, justifie pleinement notre manière de voir : « Parfois, dit ce dernier, les deux états pathologiques, bien développés chez les ascendants, grand-père, grand'mère paternels ou maternels, franchissent en silence le père et la mère, pour se développer chez le fils, avec une intensité d'autant plus grande, qu'ils paraissent avoir sommeillé plus longtemps. »

Nous avons constaté chez l'une de nos malades (Obs. VI) la présence d'une triple affection ; dans ce curieux exemple de coexistence de trois états morbides différents, l'intoxication éthylique était venue ajouter à deux maladies nerveuses, épilepsie et mélancolie, que le sujet tenait d'une double hérédité.

Partant de cette constatation que, chez toutes les malades qui présentent la coexistence de l'épilepsie et d'une psychose, nous avons toujours trouvé la même affection, soit dans la ligne paternelle, soit dans la ligne maternelle, il nous a paru que c'était bien à cette hérédité qu'était due cette coexistence.

Un singe cocaïnomane (1)

Après Pierquin qui signala l'existence de troubles mentaux chez les animaux et alla jusqu'à demander la création d' « Asiles de guérison » pour eux, on a publié de nombreuses observations d'animaux présentant des dérangements cérébraux assez comparables à ceux de l'homme : l'épilepsie a été constatée chez divers animaux. Féré a publié l'observation d'un chien, appartenant à une vieille persécutée, et qui, lui-même, manifestait des craintes multiples et de l'agoraphobic ; M. Trénel a signalé, chez un chat, l'existence d'un hématome de l'oreille analogue à ceux qu'on rencontre quelquefois chez certains aliénés agités. MM. Marchand et Petit (d'Alfort) ont étudié des chiens qu'ils considèrent comme atteints de méningo-encéphalite chronique ; les mêmes auteurs ont constaté l'existence, chez les jeunes animaux, de lésions comparables à celles qu'on trouve dans l'idiotie.

Dans un autre ordre d'idées, M. Roger Dupouy a signalé l'appétence des chats pour les fumées d'opium.

Le singe, présenté à la Société clinique de médecine mentale, s'adonne à la cocaïne ; c'est un macaque « japonais » à qui ses grâces ont permis d'obtenir un premier prix de beauté à Trouville.

Sa maîtresse, morphinomane depuis sept ans, a pour amie une artiste qui prise de la cocaïne, sans se gêner devant Tobie, c'est le nom du petit animal.

Il y a cinq mois, la jeune femme donna au macaque une boîte ayant contenu de la cocaïne en poudre : Tobie, probablement par imitation, renifla la boîte, puis la lécha, sans entrain, d'ailleurs.

Mais, depuis ce jour, dès que l'amie de sa maîtresse arrive, Tobie s'approche d'elle, fouille dans ses poches et cherche jusqu'à ce qu'il ait trouvé une petite boîte de forme ronde, en carton, couleur marron, avec entourage rouge, qu'il sait parfaitement reconnaître au milieu de plusieurs autres.

Dès qu'il a pu s'emparer de la boîte, il l'ouvre avec dextérité et y plonge son museau avec satisfaction. Une semblable boîte est-elle jetée à terre, il la ramasse prestement et lèche ce qu'a pu y rester de la poudre qu'il aime ; il ouvre même les sacs à main pour s'emparer de la boîte à cocaïne ; souvent il a cassé sa chaîne pour se précipiter vers le tiroir où il sait que la provision de drogue est enfermée.

---

(1) *Bulletin de la Société Clinique de Médecine Mentale*, n° 9, décembre 1913.

Sa maîtresse étant entrée à Sainte-Anne pour se soumettre à une cure de désintoxication, a obtenu de ne pas se séparer de Tobie qui a été, lui aussi, sevré de sa drogue.

La cure du petit animal s'opéra même mieux que dans l'espèce humaine : mis en présence d'une boîte renfermant de la cocaïne, il demeura absolument indifférent ; il est vrai qu'elle n'avait ni la couleur ni la forme de la boîte qu'il avait l'habitude de voir.

Il fallut lui présenter une petite boîte marron à filet rouge pour qu'il revînt à la drogue et le voici aujourd'hui tel qu'il était avant son arrivée à l'Admission, en attendant d'ailleurs qu'il soit de nouveau désintoxiqué.

Il plonge ses mains dans les poches des personnes qui l'approchent, s'empare des boîtes rappelant, par leur couleur, celles qu'il a connues ; il les ouvre avec dextérité, en renifle et en lèche le contenu.

Si on lui donne du bi-carbonate de soude qui, pour un singe, doit beaucoup ressembler à la cocaïne, il s'en frotte le museau et, après avoir fait une grimace significative, il enlève la poudre blanche adhérente à son nez et fait de violents efforts pour se débarrasser de ce qui reste collé à sa langue.

C'est donc uniquement la cocaïne qui l'attire : quand on lui en donne, il ouvre la boîte avec une satisfaction manifeste, non sans regarder d'un œil inquiet ceux qui l'approchent et font mine de reprendre sa boîte. D'ailleurs dès qu'il en a absorbé une quantité suffisante, il refuse les offres qui lui sont faites : l'ivresse cocaïnique ne doit pas être étrangère à cette indifférence.

Quelques instants après les premières prises, il s'excite, se roule ou se traîne à terre, saute de tous côtés, puis, contrairement à son habitude, devient querelleur et cherche à mordre ; ensuite, il fouille encore dans les poches des personnes qui l'entourent pour y chercher une nouvelle dose de cocaïne, avec laquelle il se délecte une dernière fois.

Mais le voici qui agite les bras : c'est le geste par lequel il fait comprendre qu'il a soif. Et, coup sur coup, avec avidité, il boit quatre verres d'eau qu'on lui présente.

Comment ce singe s'est-il adonné à la cocaïne ? Il est difficile de savoir ce qui se passe dans la cervelle d'un macaque : on peut cependant admettre que la faculté d'imitation, si marquée chez certaines espèces de singe, a été le premier facteur de son initiation ; le plaisir éprouvé par l'ivresse cocaïnique l'a ensuite amené à faire un nouvel essai, puis l'habitude s'est implantée chez lui.

Que de snobs sont arrivés à la cocaïnomanie par le même chemin !

Psychose familiale (1)

Nous avons suivi longuement trois aliénés, un frère et deux sœurs, dans la famille desquels nous avons pu retrouver la tare héréditaire chez le père, la grand'mère, l'aïeule.

Le double mariage de la mère donne à cette observation le caractère d'une expérience : cette femme, sans tare pathologique, a d'un premier mari deux enfants sains et normaux ; avec un deuxième mari, elle a neuf enfants dont trois aliénés, un monstre (jumeaux accolés l'un à l'autre) et des enfants morts en bas âge. Le père était porteur de tares nerveuses et mentales.

Des trois malades, le frère a délié à 43 ans, la sœur cadette à 33 ans, la sœur plus jeune à 21 ans.

Il semble que le père, à la fois héréditaire et alcoolique, ait légué à ses enfants une résistance moindre ou une prédisposition plus lourde à mesure qu'il était plus avancé en âge et qu'il était plus imprégné d'alcool.

Nous ferons remarquer également la faible intensité des causes qui ont suffi à faire verser dans le délire ces sujets à prédispositions très lourdes : excès alcooliques et surmenage professionnel chez le frère, une hémorragie utérine chez une sœur, une déception amoureuse chez l'autre.

Enfin nous insistons sur la similitude des réactions délirantes : chez les trois nous relevons les idées de persécution, de la dépression s'accompagnant de mutisme, chez deux des tentatives de suicide, chez les trois des alternatives d'exeitation et de dépression, chez les trois un délire à allure chronique qui tend plus ou moins rapidement vers la démence.

Influence de l'entourage sur la formule de certains délires mélancoliques (2)

Comme contribution à l'étude de la contagion du délire entre aliénés, nous avons relaté l'histoire d'un groupe de malades femmes, qui ont vécu ensemble pendant plus d'une année et qui, réciproquement, ont influencé la formule de leur délire.

---

(1) En collaboration avec M. A. Vigouroux, médecin en chef des Asiles. (*Bulletin de la Société Clinique de Médecine Mentale*, n° 3, mars 1910). — *Résumé.*

(2) En collaboration avec le Docteur Vinchon, interne de l'Admission. (*Annales médico-psychologiques*, février 1913). — *Résumé.*

L'une d'elles en a entraîné une autre dans son délire, laquelle en a communiqué la couleur à une troisième.

Sur les terrains spéciaux que sont les dégénérés, les idées délirantes voyagent en « zigzag » de l'un à l'autre et, si les circonstances sont favorables, arrivent à se fixer avec une solidité relative.

A un point de vue pratique, il ne faudrait pas se baser sur ces faits pour condamner le séjour en commun : sans doute, des locaux insuffisamment divisés, un personnel trop restreint, obligent à grouper des malades qui, parfois, peuvent paraître en souffrir, mais le fond même de leur état mental tend à s'améliorer dans ces conditions, la longue expérience de M. Magnan l'a prouvé.

Bien plus, il suffit de mettre un des malades dont nous nous occupons dans un local isolé, avec la pensée qu'une séparation momentanée modifierait tout au moins la formule de son délire, pour assister à une exaspération de l'angoisse et perdre, en quelques jours, le bénéfice qu'avait apporté l'alitement dans la salle commune.

La première victime des « Bombes asphyxiantes » (1)

A la suite d'un drame retentissant, M. Kling, directeur du Laboratoire municipal, a préparé des bombes asphyxiantes, ou plutôt suffocantes, qui ont pour effet de mettre, momentanément, un individu dangereux dans l'impossibilité de se servir de ses armes ou de séjourner dans le local où il se serait barricadé.

L'engin est constitué par un petit projectile diffusant rapidement, autour de la personne visée, un produit qui rend l'atmosphère ambiante irrespirable, en raison de l'irritation produite par cette vapeur sur les muqueuses.

La première personne arrêtée par ce procédé est un aliéné actuellement dans notre Service.

— X., 18 ans, est un dégénéré supportant le poids d'une lourde hérédité : D'une très grande précocité sexuelle, il a eu une première maîtresse à l'âge de 12 ans et mena jeune une vie indépendante. Il terminait ses études secondaires lorsque se sont développées chez lui des obsessions, des préoccupations mélancoliques à forme hypocondriaque avec prédominance d'idées de persécution, celles-ci ne reposant, tout d'abord, que sur des interprétations délirantes.

Les accidents actuels remontent à environ un an. X..., devenu taciturne, se cachait dans les coins, parce qu'on se moquait de lui, et qu'il avait le nez trop gros ; sortant de moins en moins, il se cantonna bientôt dans sa

---

(1) Communication à la *Société Clinique de Médecine Mentale* (n° 4, avril 1913).

chambre qu'il ne voulait plus quitter, même pour prendre ses repas ; on devait les lui passer par l'entrebâillement de la porte.

Les persécutions devinrent chaque jour plus actives et le malade englobant son entourage dans son délire, en arriva à accuser les siens de pénétrer dans sa chambre, pendant son sommeil. Plus tard, il fit, enfin, part à sa famille de la haine qui se développait en lui contre tout le monde, y compris ses parents, auxquels il reprochait de ne pas trouver de remède à son état, de lui avoir donné des chaussettes violettes alors qu'il était en deuil, etc. Il menaça même de se suicider, sans, toutefois, attenter à ses jours.

Sous une apparence actuellement tranquille et déprimée, X... était donc depuis plusieurs mois, en proie à un délire très net.

Deux médecins ayant diagnostiqué un « état de dépression mélancolique avec idées hypocondriaques systématisées », X... fut placé dans une maison de santé d'où il s'évada.

Revenu dans sa famille, il ne tarda pas à retrouver le cortège de ses idées délirantes sous l'influence desquelles il se fit, chaque jour, plus menaçant : un matin, après avoir tiré plusieurs coups de revolver sur le domestique qui s'était enfui, X... se barricada dans l'appartement, toujours armé de son revolver. Le commissaire intervint avec trois agents de la Sûreté nantis de boucliers chromés et d'engins asphyxiants. Après avoir pénétré dans l'appartement et acculé X... dans une petite chambre, les agents utilisèrent leurs engins, enfoncèrent les portes et saisirent le malade au moment où, jetant son revolver, il allait enjamber l'appui de la fenêtre.

X... se laissa facilement conduire à l'Infirmerie spéciale, puis à l'Admission où il arriva très déprimé et répondant à peine aux questions.

Plus tard, interrogé sur les conditions dans lesquelles il avait été appréhendé, il déclara qu'aussitôt après l'envoi de la cartouche, il crut à une projection de chloroforme. Immédiatement il éprouva un violent picotement dans les yeux l'obligeant, sans répit, à les fermer. Il se les frottait vainement, sans pouvoir tarir un larmoiement intense l'empêchant de relever les paupières. En même temps, il éprouva comme une suffocation, lui donnant l'impression qu'il allait étouffer ; son nez coula abondamment. L'effet fut, dit-il, instantané.

Il croit aussi, sans être très affirmatif, avoir éprouvé une vague envie de dormir ? Quoiqu'il en soit, c'est en se frottant les yeux d'une main, pendant que de l'autre il se bouchait le nez, qu'il se précipita vers la fenêtre, pour respirer et non pas, affirme-t-il, pour se jeter en bas, comme on a pu le croire.

Examiné à l'Admission, il avait une sorte de tic laryngien, soufflait, par saccades, avec le nez, comme s'il eût voulu en expulser un corps étranger, — tic, d'ailleurs, momentané : la muqueuse du nez ne présentait aucune coloration anormale ni suintement ; l'examen des yeux, fait à deux reprises, a toujours été négatif ; l'appareil oculaire, sensitif, sensoriel, moteur et vaso-moteur était absolument normal. D'autre part, l'emploi de l'engin asphyxiant fut sans effet fâcheux au point de vue mental.

L'examen de la première arrestation pratiquée à l'aide des cartouches suffocantes du laboratoire municipal, montre que la « victime » ne saurait se plaindre du moyen auquel on a eu recours pour la mettre hors d'état de nuire : sans ce procédé, en effet, il est probable que X... n'aurait pas été arrêté, sans quelques horions reçus par lui, et, probablement, sans quelques balles de revolver reçues par les personnes chargées de cette dangereuse opération.

Si les effets des projectiles, qualifiés trop généreusement de « bombes asphyxiantes » sont toujours identiques à ceux constatés chez notre malade, les aliénés dangereux n'auront qu'à se louer d'un procédé, en somme bien inoffensif pour eux, offrant, de plus, l'appréciable supériorité de les mettre sans dommage, dans l'impossibilité de se livrer à des actes dangereux.

Hérédo-spécificité et paralysie générale progressive (1)

Malgré que les cas connus de paralysie générale juvénile soient assez nombreux, la méningo-encéphalite progressive est relativement rare au-dessous de 20 ans. L'hérédo-syphilis se rencontre bien plus souvent dans l'étiologie de la maladie que la syphilis acquise en nourrice ou dans la seconde enfance.

Nous avons observé une jeune fille qui présentait, à la naissance, des accidents spécifiques : ils disparurent sous l'influence d'un traitement mercuriel. A 12 ans, paralysie de la troisième paire qui céda à l'arséno-benzol ; bientôt survint un ictus, suivi d'hémiplégie et la fillette s'achemina vers une démence progressive caractéristique.

Des variations du taux du glucose, de l'albumine et de l'urée dans le liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux (2)

La méningo-encéphalite syphilitique amène, on le sait depuis fort longtemps, des modifications notables dans la composition chimique du liquide céphalo-rachidien. L'hyperalbuminose, la recherche des globulines (Guillain, Nonne et Apelt, 1907) ont une valeur clinique analogue à celle de la réaction lymphocytaire. Nous avons examiné ou fait examiner au Laboratoire de chimie du Val-de-Grâce (professeur Breteau) le liquide céphalo-rachidien de 50 malades atteints de paralysie générale progressive, à des stades différents de son évolution (3). Notre attention a été attirée sur les variations du taux du glucose, de l'albumine, et, dans cinq cas seulement, de l'urée. Le volume du liquide examiné ne nous a pas permis de faire, chez tous nos malades simultanément, doser ces trois dérivés organiques. Le taux du glucose nous

---

(1) En collaboration avec M. Reboul-Lachaux, Interne du service. (*Société Clinique de Médecine Mentale*, 12 juillet 1921). — *Résumé.*
(2) En collaboration avec M. Rouquier. (*Société Médicale des Hôpitaux*, février 1921).
(3) La technique utilisée a été celle qui a été donnée par un de nous dans un travail précédent (*Soc. méd. des Hôp.*, 1920), sauf en ce qui concerne le dosage de l'albumine. Les données du rachialalbuminimètre ont été contrôlées par la méthode pondérale.

a toujours paru normal (aux environs de 0 gr. 45) ou augmenté ; il l'est nettement chez dix de nos malades, mais ne dépasse jamais 0 gr. 70. L'hyperglycorachie, quand elle existe, est donc moins accentuée chez les paralytiques généraux que chez les grands pithiatiques, chez les malades atteints d'encéphalite léthargique, ou bien d'autres sujets, chez lesquels elle peut atteindre de 0 gr. 90 à 1 gramme. Chez deux de nos malades, le glucose se trouvait légèrement diminué, sans que le processus méningitique nous ait paru cliniquement plus aigu.

L'hyperalbuminose nous a semblé, comme il est classique, constante. Le taux de l'albumine est tout au moins doublé ; il dépasse fréquemment 1 gramme ; il oscille entre 0 gr. 50 ou 0 gr. 60, limite inférieure, d'une part, et 1 gr. 10, 1 gr. 20, limite supérieure, de l'autre. Dans deux cas, compliqués de tabès, il s'est élevé à 5 et 6 grammes.

Nous n'avons fait doser l'urée que chez cinq de nos sujets. Tous les cinq présentaient une hyperalbuminose voisine de 1 gramme ; et une quantité de glucose normale ou légèrement augmentée. Tous les cinq, sans aucun signe clinique de mal de Bright, avaient de 0 gr. 50 à 0 gr. 60 d'urée dans leur liquide céphalo-rachidien, qui, à l'état normal, n'en renferme, on le sait, que des traces. Il sera intéressant de voir si cette augmentation de l'urée est constante chez les paralytiques généraux.

Les modifications dans la composition chimique du liquide céphalo-rachidien ne sont pas en rapport avec les périodes cliniques de la maladie. Il est cependant certain que, chez les paralytiques généraux qui sont en même temps tabétiques, le processus inflammatoire est bien plus étendu que chez les autres, puisqu'il intéresse à la fois les méninges rachidiennes et craniennes. Nos recherches confirment, en ce qui concerne l'hyperalbuminose, celles de Nowratzki (1897), Widal, Sicard et Ravaut (1901),, de Wolf, de Schoeffer (1902), de L. Marchand (1903), d'Ardin-Delteil et d'autres encore. On les trouvera résumées dans la thèse de Mestrezat (1). Ce dernier n'a jamais rencontré plus de 2 gr. 80 d'albumine par litre, chez les paralytiques généraux. L'hyperglycorachie lui a semblé moins fréquente qu'elle ne nous paraît l'être. Mais nos analyses ont été faites peu de temps après la ponction. — M. Mestrezat signale, sans insister, « la présence de petites quantités d'urée ». Nous ne sommes plus d'accord avec lui lorsqu'il dit que « l'hyperalbuminose distingue la paralysie générale des psychoses non organiques ». Les recherches récentes de MM. Ravaut et Laignel-Lavastine, celles de M. Rouquier, tendent à démontrer qu'il peut exister de l'hyperalbuminose ou de l'hyperglycorachie chez les sujets atteints

---

(1) Mestrezat. Le liquide céphalo-rachidien normal et pathologique. *Thèse* de Montpellier, 1911.

de troubles mentaux ou simplement de troubles fonctionnels d'origine pithiatique, sans méningo-encéphalite spécifique. Et quel est d'ailleurs le trouble fonctionnel, psychique ou non, qui n'ait pas un substratum organique, capable de se traduire par des modifications humorales d'ordre chimiquee ?

L'audi-mutité rebelle d'origine émotionnelle. Son traitement (1)

Ces muets si spéciaux sont, pourrait-on dire, des bègues à la n^e puissance. Leurs efforts se traduisent par un rythme respiratoire à contresens qu'il faut d'abord corriger en leur faisant suivre des yeux leur tracé respiratoire ; on les fait ensuite siffler, puis chanter un air connu sans chercher à articuler. Bientôt le pseudo-muet prononce une syllabe. La convalescence commence aussitôt et la parole se stabilise rapidement.

Un cas de bégaiement paroxystique d'origine émotionnelle Traitement, guérison (2)

Dans une étude (2), nous avons, incidemment, essayé de démontrer que la mutité, d'origine émotionnelle, n'était qu'une hésitation, indéfiniment prolongée, devant la syllabe à prononcer ; cette mutité ne serait donc qu'un bégaiement... absolu.

Si un petit traumatisme (ou même une simple émotion) suffit pour provoquer la mutité, combien plus facilement un choc pourra-t-il être suivi d'un simple bégaiement qui n'ira pas plus loin ! Et cependant, alors que nombreux ont été les cas d'audi-mutité provoqués par la guerre, nous avons observé moins de simples bègues qu'on pourrait croire, parmi les malades évacués au Val-de-Grâce pour diverses mutités ou audi-mutités psycho-névrosiques, d'origine émotivo-pithiatique.

Sans rechercher la cause de cette proportion inattendue, nous avons rapporté l'histoire d'un émotif chez lequel un ancien bégaiement, qui avait évolué avec des périodes d'atténuation et de reprise, s'est renouvelé, à la suite d'une commotion, sous la forme de

---

(1) En collaboration avec le Dr Jean Philippe, Directeur-adjoint du Laboratoire de psycho-physiologie à la Sorbonne. *Progrès médical*, n° 15 (1916).
(2) En collaboration avec M. Jean Philippe. (*Progrès médical*, 4 août 1917). — *Résumé.*
(3) L'audi-mutité rebelle d'origine émotionnelle. (*Progrès médical*, 5 septembre 1916).

crise paroxystique. Ce cas présente nombre d'analogies avec celui d'*audi-mutité rebelle d'origine émotionnelle* que nous avons précédemment étudié ; il était intéressant de faire quelques rapprochements entre ces deux malades, non seulement pour éclairer la pathogénie des troubles de ce genre, si fréquents dans la guerre actuelle, mais aussi pour formuler quelques indications pratiques concernant leur traitement.

Voici les principales étapes que nous jugeons efficaces :

1. — Commencer par restaurer ou rappeler à la normale le côté diaphragmatique de la respiration, en montrant son tracé au malade pour l'habituer à mettre en jeu les territoires musculaires qui commandent ce côté du soufflet pulmonaire.

Cette rééducation est assez délicate, ces bègues n'ayant que peu ou pas idée de la façon d'actionner les muscles intéressés. Aussi les exercices doivent être exécutés sous une surveillance très attentive, en rectifiant chaque erreur respiratoire, au besoin en guidant les muscles abdominaux (1). C'est affaire de mise au point pour chaque cas particulier : le malade doit être amené à se rendre compte de la façon dont il peut récupérer, non pas toute une fonction, mais précisément la partie de cette fonction qu'il exerce mal et qui lui masque le mauvais fonctionnement des voisines.

Ce côté du traitement nous paraît, ici, fondamental. Sans affermir ce début, on ne peut assurer la bonne marche vers la guérison.

Ce premier point acquis, pour lutter contre l'élément mental du bégaiement et arrêter les menaces de retour de l'émoi pathologique, nous avons astreint No... à prendre, en quelque sorte, des points de repère extérieurs dans la partie matérielle du langage ou des mots. On peut se servir, pour ce but, de différents procédés : faire lire à voix basse en articulant bien nettement, mais pour soi seul ; se répéter ensuite la même lecture à mi-voix, puis à voix un peu plus haute, jusqu'à ce qu'on atteigne l'élocution assez forte et la voix assez élevée pour se faire nettement comprendre de l'entourage. — On peut aussi employer des procédés d'écriture, qui obligent à l'épellation graphique des mots, en faisant scander, dans le domaine de la motilité volontaire, exactement chaque élément verbal, de façon à le fixer assez nettement pour le reproduire ensuite, par la parole comme par l'écriture, sans hésitation, sans erreur et sans arrêt. Cette façon de syllaber par l'écriture

(1) Nous avons vu, chez des muets émotifs qui étaient d'anciens lutteurs, les droits antérieurs tellement rebelles aux mouvements de respiration diaphragmatique, qu'il fallait plusieurs séances d'exercices pénibles pour rendre au malade la *libre disposition* de ces territoires musculaires. Verneuil (*Bul. Soc. chirurgie*, 1856) avait observé des états analogues dans l'étude de l'effort chez les lutteurs.

paraît avoir notablement concouru, dans un cas, à la réorganisation de l'élocution verbale. Elle constituait en même temps, pour lui, un excellent exercice de précision dans la volonté motrice.

II. — Ces premières données posées dans l'esprit du malade, par des exercices qui pourraient d'abord paraître théoriques, on lui montre comment en partir dans la pratique et s'en servir pour lutter efficacement contre l'appréhension du bégaiement. Sur ce point, les premiers essais sont difficiles, délicats et décisifs : il s'agit de donner d'emblée au malade, *par* un *fait*, la sensation qu'il pourra désormais lutter efficacement contre le désarroi de son articulation et la réorganiser, s'il le veut.

On peut presque considérer la guérison comme acquise dès le moment où le malade se sent capable de cette réorganisation. Il n'y a plus qu'à guider son traitement, la réalisation pratique dépendant alors autant du malade que du médecin.

III. — Le traitement de ce *bégaiement paroxystique* peut ensuite se formuler ainsi :

1° *Elocution à mi-voix en s'isolant ; exercices respiratoires.* — Durant ces exercices, le malade doit, dès qu'il se sent bégayer, absolument cesser de parler, pour exécuter les exercices de respiration ci-dessus indiqués : après quoi il reprend son élocution au point critique (à son arrêt) de façon à encadrer, dans l'élocution facilitée par la respiration, la lettre sur laquelle le bégaiement s'est manifesté : si celui-ci reparaît, nouvelle respiration plus longue, plus profonde, plus parfaite, surtout du côté du diaphragme.

2° *Respiration préventive* (1). — Au bout de quelque temps, cet exercice respiratoire doit pouvoir être exécuté sous forme préventive, c'est-à-dire avant tout bégaiement et pour en prévenir l'apparition. C'est, pour le malade, non plus un remède au mal, mais une façon de prévenir le danger. Il se précautionnera ainsi avant d'adresser la parole à un voisin, avant de poser une question ou de formuler sa réponse à toute question qui risque d'entraver l'articulation de son premier mot.

A la seconde période, cet exercice respiratoire doit être exécuté toutes les fois que le malade sent qu'il va bégayer, même en parlant avec un interlocuteur qu'il connaît. A cette période, il doit s'imposer la règle absolue de prendre la voie du silence plutôt que de retomber dans le bégaiement.

---

(1) Ces exercices de *respiration préventive*, que l'un de nous a maintes fois conseillés à des chanteurs contre le *trac*, si fréquent chez les gens de théâtre, a souvent déterminé la guérison ; il en est de même pour le *chevrottement*, quand celui-ci est d'ordre émotionnel.

Au bout d'une semaine environ de ce traitement, il est utile de pratiquer, comme règle générale et constante, la *respiration préventive* (même s'il n'y a ni danger ni crainte de bégaiement) lorsque les circonstances paraissent susceptibles de provoquer une émotion (comparution devant un chef, interrogation brusque, etc...). Cet exercice facile prémunit le malade contre un accident ou rechute qui pourrait compromettre la consolidation des habitudes d'élocution normale, telles qu'il s'efforce de les acquérir ou de les réinstaller ; il lui donne de l'assurance.

Voici, pour compléter cet ensemble, quelques observations que nous avons eu occasion de noter en cours de rééducation :

1° Les actes respiratoires sont plus faciles pendant une promenade lente qu'au repos : ils sont très difficiles et rarement efficaces lorsque le malade reste étendu sur son lit. Au début, il a suffi parfois, pour amener un accès de bégaiement, d'inviter le malade à s'asseoir. Debout, il s'était senti capable d'une élocution normale ; assis, il perdait pied et retombait dans l'achoppement : parfois même il ne pouvait émettre aucune articulation. Le moment du réveil était souvent marqué par quelques accès de bégaiement : on comprendra pourquoi en se référant aux recherches de Mosso que nous avons rappelées.

2° Une course amenant l'essoufflement, une rapide montée d'escalier, tout trouble apporté dans le nouveau régime respiratoire, provoque des achoppements ou des arrêts d'élocution. Il importe donc, surtout au début du traitement, que le malade évite toute occasion de parler durant ces états où il ne se sent pas dans son calme, lorsqu'il n'est pas bien maître de sa respiration et de ses idées : double condition, pour les sujets de ce genre, d'une bonne élocution.

3° La fatigue mentale ou nerveuse déclanche souvent de véritables crises de bégaiement. Nous en avons fréquemment observé plusieurs cas ; en pareil cas, la fatigue joue le rôle de l'émotion et du choc.

Les formes mentales de l'encéphalite épidémique

J'ai eu l'occasion, en collaboration avec le D[r] Rouquier, du Val-de-Grâce (1), d'attirer l'attention sur une forme clinique de l'encéphalite épidémique, à symptomatologie mentale primitive et prédominante, ressemblant assez exactement à ce que les anciens auteurs appelaient « délire aigu ». Il s'agit de la forme délirante et hallucinatoire avec ou sans état confusionnel, de la maladie.

---

(1) *Société médico-psychologique* (janvier 1920) et *Société Médicale des Hôpitaux* (13 février 1920). — *Résumé.*

Quelques auteurs en ont ultérieurement rapporté des exemples frappants.

La symptomatologie en est à peu près fixée : Les signes de localisation bulbo-protubérantielle passent, quand ils existent, au second plan. Les malades sont confus avec ou sans intervalles lucides. Ils sont généralement anxieux, agités, et la violence de leurs impulsions peut constituer un véritable danger pour l'entourage. Les manifestations délirantes sont presque la règle ; elles s'accompagnent souvent d'onirisme ambulatoire, d'hallucinations mobiles fugaces, parfois zoopsiques, analogues à celles qu'on rencontre dans les délires toxiques. Le délire s'éclipse parfois momentanément, et il est alors possible de fixer suffisamment l'attention du sujet pour qu'il en fournisse, par bribes, le récit. A l'onirisme se substitue non pas un sommeil vrai, mais une sorte d'obtusion et de torpeur.

Des crampes douloureuses, des algies ératiques souvent articulaires, des mouvements choréiformes, athétosiques ou myocloniques, un prurit suffisamment accentué pour obliger le malade à s'écorcher la peau ou à s'arracher les poils en se grattant, des paralysies transitoires et dissociées (ptosis, diplopie, inégalité pupillaire, paralysie de l'accommodation), l'aspect figé de la face, la dysarthrie, le trismus des mâchoires, la raucité de la voix avec monotonie du timbre, l'abolition, l'exagération ou la dissociation des réflexes, les vomissements de type méningé, la constipation ou la rétention d'urine ; tous ces signes inconstants et fugaces affirment l'encéphalite léthargique. Les malades ont généralement de la fièvre, mais leur température n'est jamais très élevée. Leur liquide céphalo-rachidien n'est pas constamment hypertendu ; la lymphocytose, l'hyperalbuminose sont discrètes ; l'hyperglycorachie est la règle.

La plupart d'entre eux succombent après quelques jours d'excitation. Parfois, les symptômes confusionnels, délirants ou hallucinatoires s'atténuent, et, à cette forme corticale grave, succède la symptomatologie moins sévère de l'encéphalite léthargique simple.

J'ai, ultérieurement, apporté, en collaboration avec le Dr Rouquier ou mes internes, une importante contribution à l'étude des séquelles psychopathiques de l'encéphalite épidémique (1), démontré qu'un certain nombre d'états autrefois considérés comme anorganiques ou fonctionnels étaient provoqués par le virus encéphalitique, et étudié le déséquilibre mental qui en est la conséquence et qui favorise souvent l'apparition d'associations organico-pithiatiques.

(1) Les formes mentales de l'encéphalite épidémique, (en collaboration avec M. Rouquier).
Congrès des Aliénistes et Neurologistes, Strasbourg, 1920, p. 67.

Un cas d'encéphalite épidémique avec onirisme nocturne et hypomanie chez un enfant de 9 ans (1)

Dans une discussion qui eut lieu à la Société médico-psychologique, dans sa séance de janvier 1920, à l'occasion d'un cas d'encéphalite léthargique communiqué par M. Truelle, j'ai eu l'occasion d'attirer l'attention sur les complications délirantes à grand fracas de cette affection. M. H. Colin, dans le Service duquel quelques-uns de ces malades avaient été envoyés, confirma les mêmes faits. Quelques jours après, le délire dans l'encéphalite épidémique, était l'objet d'une communication à la Société médicale des Hôpitaux (2).

Si les formes hallucinatoires et oniriques semblent être les plus fréquentes, elles ne sont pas les seules et peuvent s'accompagner d'agitation du type hypomaniaque. Le professeur Pierre Marie nous a envoyé un enfant âgé de 9 ans, qui, dans la convalescence d'une encéphalite épidémique, fut pris d'agitation, à forme maniaque, nécessitant son envoi à Ste-Anne. Le docteur Brenner a présenté, il y a quelques jours, ce jeune malade à la Société de Psychiatrie (3).

Son cas nous a paru assez intéressant et assez rare pour mériter cette nouvelle présentation.

Charles V... est entré à l'Admission, le 9 juin 1920, venant de la Salpêtrière.

Il est âgé de 9 ans. On ne relève rien de particulier dans ses antécédents, tant héréditaires que personnels. Il est né à terme, ses parents sont bien portants et ont eu 3 autres enfants vivants et bien portants.

Il n'a jamais été malade avant le mois de janvier 1920.

A cette époque, après quelques jours où il se plaignit de céphalée et présenta de la torpeur, il fut pris de fièvre. Ses parents constatèrent « qu'il louchait ». Un médecin appelé, conseilla l'envoi à l'hôpital où ses parents ne le conduisirent que quelques jours après, le strabisme ayant disparu rapidement. Il entre ainsi le 5 février dans le Service du professeur Pierre Marie où on diagnostique une encéphalite léthargique. Il y reste 3 semaines environ après quoi, le jugeant suffisamment amélioré, on le rend à sa famille. Les parents ne tardent pas à constater un changement notable dans son caractère.

Antérieurement à son attaque, Charles était, en effet, un enfant appliqué et obéissant. S'il aimait à jouer comme les autres enfants, il jouait sagement, était plutôt timide. Or, depuis son retour de la Salpêtrière, l'enfant, devenu beaucoup plus turbulent, jouait sans cesse, et d'une façon plus

---

(1) En collaboration avec M. Borel (*Bulletin de la Société Clinique de Médecine mentale*, n° 6, juin 1920).

(2) Les formes délirantes de l'encéphalite léthargique, par MM. Briand et Rouquier. Communication faite à la Société médicale des Hôpitaux. (Séance du 13 février 1920).

(3) Séance du 17 juin 1920.

bruyante qu'à son habitude. Mais, c'est surtout le soir que le changement apparaît manifeste. L'enfant ne s'endort que très tard dans la nuit, jamais avant 1 à 2 heures du matin. C'est à ce moment qu'il est le plus agité ; il ne peut rester dans son lit, rit, chante, s'amuse, n'obéit plus, enfin se moque de ses parents et, quelquefois, les injurie avant de s'endormir.

Un autre phénomène frappe également ses parents. Le soir, quand il est au lit, il a parfois des peurs. Il montre, sur le mur, des ombres qu'il croit apercevoir, des hommes qui s'agitent : « C'est comme s'il avait un cauchemar », disent ses parents. Il se cache alors sous ses couvertures ou ferme les yeux et supplie qu'on chasse « les hommes qu'il voit ». Pour le calmer ses parents font le simulacre d'ouvrir la porte et de mettre les ombres dehors en les pourchassant.

L'état physique de Charles ne semblait cependant pas très atteint et même s'améliorait. Il avait bon appétit. Ses parents attendirent pendant plusieurs semaines avant de le ramener, fin mars, à la Salpêtrière. On ne put l'y conserver plus de huit jours, car il empêchait tous les autres malades de dormir.

Ses parents le reprennent et les mêmes désordres continuent. Ils le mènent à Trousseau où il est hospitalisé quelques jours ; mais on ne peut le garder à cause de son agitation.

Enfin, au mois de mai, ils le ramènent une dernière fois à la Salpêtrière. Là, même excitation peu marquée dans la journée, mais s'intensifiant le soir : jusqu'à l'aube, l'enfant reste éveillé, s'agitant, parlant, chantant, voulant se lever. On le met dans une chambre séparée, mais son état se maintient. Il est irritable, ironique et devient violent. Un soir, il frappe une infirmière, brise un carreau, casse différents objets, injurie le personnel.

C'est dans ces conditions qu'il est transféré à Ste-Anne, le 9 juin, où il entre dans le Service de l'Admission.

Ici encore nous avons observé les mêmes phénomènes : excitation à peine marquée le matin et durant la journée, s'exagérant la nuit, pour atteindre son maximum à 11 heures du soir.

Pendant le jour, en effet, notre jeune malade est, le plus souvent, peu agité. On note bien une certaine turbulence, mais c'est un enfant de 9 ans. Cependant, certains signes montrent déjà le trouble qui s'affirme le soir. D'abord, autrefois réservé et plutôt timide, il se montre ici assuré et décidé. Il parle, babille, est familier avec tout le monde. Il va d'un endroit à l'autre, rit souvent, fredonne à demi-voix. Lui dit-on de chanter une chanson, il s'exécute immédiatement.

Quand on l'interroge, il répond de bonne grâce, malgré son attention un peu dispersée. Il suffit que quelqu'un entre dans la pièce, ou de quelque bruit pour lui faire interrompre ce qu'il faisait. Il a aussi un peu d'instabilité. Enfin, cette légère excitation se traduit par une certaine ironie. V... se moque des malades et des infirmiers. Il a même parfois une verve qu'on ne s'attendrait pas à trouver chez un enfant de 9 ans. Il raconte tout ce qu'il a vu dans le Service ; il dit qu'un tel ronfle, qu'un autre est laid, qu'un autre est fou... Il les imite.

Le soir, tous ces signes s'accusent, l'excitation s'intensifie. C'est vers 7 heures qu'il commence à devenir plus agité. Il parle continuellement, appelant ses camarades de lit, interpellant les gardiens pour leur demander des futilités, ou pour leur raconter des histoires. Il leur dit ce qu'il a fait, ce qu'il fera, où il a habité, etc., etc... Il passe d'un sujet à l'autre. Il y a une véritable fuite des idées à certains moments.

Du côté de la sphère affective, on note de l'irritabilité. Si on ne fait pas

ce qu'il demande, il menace, injurie. Il interpelle violemment les gardiens. Ces colères durent peu. Bientôt il se met à chanter et. si on l'invite à se taire, il chante plus fort. Il essaie d'attirer l'attention sur lui. Un soir, comme le surveillant ne paraissait pas s'occuper suffisamment de lui, il a fait semblant de s'étrangler avec son drap.

V... cherche à se lever, à se promener dans la chambre, et l'on est souvent obligé de le maintenir dans son lit. Enfin, parfois, il se montre violent et cherche à frapper l'entourage.

Cet état dure jusqu'à deux heures du matin environ. Puis, peu à peu, l'excitation tombe et, finalement, l'enfant s'endort. D'autres fois, l'insomnie est moins marquée, mais, dans ce cas, le sommeil est irrégulier. V... se réveille plusieurs fois dans la nuit ; à chacun de ces réveils succède un peu d'agitation.

Ainsi que l'avaient bien remarqué ses parents, au cours de la nuit, le jeune Charles a des illusions et hallucinations visuelles. Il aperçoit contre le mur, dans un coin de la chambre, des hommes qui s'agitent. Il décrit assez bien ces visions. Ce sont parfois des ombres un peu floues, plus souvent des hallucinations nettes : « Il voit des hommes, dit-il, 1 ou 2, quelquefois davantage. Il y a aussi des femmes, qui sont habillées de rouge et qui agitent leur bras. Pris de peur, il met sa tête sous les couvertures, appelle le gardien pour les lui montrer. Mais, quand celui-ci arrive, il est trop tard, ils sont déjà partis. »

Charles sait d'ailleurs fort bien que ce ne sont là que des visions, des « figures de rêve ». On le lui a dit à la Salpêtrière. Et il sait aussi qu'il ne devrait pas en avoir peur. Il explique ces phénomènes en disant : « Je suis somnambule, peut-être. »

Tel est le tableau clinique présenté par notre petit malade. Il nous faut rappeler maintenant que, né d'une famille sans tare névropathique, le jeune Charles, jusqu'en janvier dernier, n'avait jamais été malade. Il avait eu une croissance normale. Il était doux et obéissant. Il travaillait bien à l'école, apprenait facilement. Son interrogatoire montre une intelligence assez éveillée, et des connaissances scolaires suffisantes pour son âge. Il sait lire et écrire, compter et résout de petits problèmes simples. S'il se trompe, il comprend quand on lui explique son erreur.

C'est un enfant chétif et un peu grêle, mais paraissant normalement constitué. Il est pâle avec les yeux cernés. Il aurait maigri depuis sa maladie, déclare sa famille. On ne note rien de particulier aux différents appareils, sauf une très légère submatité au sommet gauche avec un peu de diminution du murmure vésiculaire. Du côté des réflexes, rien à signaler, tous sont normaux. Il avait seulement, lorsqu'il est entré à Ste-Anne, une mydriase marquée, et à peine sensible maintenant.

Enfin depuis le 17 juin, V... présente un faible écoulement de l'oreille gauche, mais il n'a eu ni douleur, ni température.

Notre cas est donc celui d'un jeune enfant, présentant, à l'heure actuelle, un état hypomaniaque qui, peu marqué dans la journée, s'exalte et prend la forme onirique, quand vient la nuit. Si nous n'avions pas eu connaissance de l'état antérieur présenté par le petit Charles, de l'encéphalite léthargique dont il fut atteint en janvier dernier, il nous eût été très difficile d'expliquer la survenue d'un tel état, en l'absence de toute hérédité névropathique, et de toute trace de débilité mentale. Un fait devrait cependant faire songer à une cause

infectieuse ou toxique : c'était la présence d'hallucinations visuelles que l'on ne voit pas au cours d'accès maniaques francs. De plus, leur caractère d'hallucinations oniriques pouvait éveiller l'idée d'une imprégnation toxique ou infectieuse des centres nerveux.

Séquelles d'encéphalite épidémique : Troubles du caractère et excitation psycho-motrice à exacerbation nocturne (1)

A la séance de juin 1920, j'ai présenté, en collaboration avec M. Adrien Borel, un cas d'encéphalite épidémique avec onirisme nocturne et hypomanie, observé chez un enfant de 9 ans.

Il s'agit, cette fois, d'une fillette atteinte d'excitation motrice de type anorganique ou mental, consécutive à l'encéphalite épidémique.

Lucienne Q... est entrée à l'Admission le 9 mars 1921, venant de l'hôpital Bretonneau.

Elle est âgée de 10 ans.

Antécédents héréditaires. — Le père est un gros débile, porteur de stigmates de dégénérescence (notamment oreilles décollés, peu ourlées et prognatbisme du maxillaire).

Antécédents personnels. — L'enfant est née à terme, s'est développée normalement.

A son entrée, on note de l'asymétrie faciale très nette. La fente palpébrale droite, de même que tout le massif osseux de la face du côté droit, sont moins développés qu'à gauche.

Facies adénoïdien.

Légère ptose palpébrale. Inégalité pupillaire en faveur de la pupille droite.

Légère hypertrophie du corps tyyroïde.

En janvier, cette enfant est devenue somnolente. Conduite à la consultation de la Salpêtrière, le diagnostic d'encéphalite fut porté très affirmativement.

Quelques jours avant son entrée à l'Admission, Lucienne s'agite au domicile de ses parents, à tel point que ceux-ci la placèrent à l'hôpital Bretonneau. D'après les renseignements recueillis à cet hôpital, la petite malade aurait présenté, à ce moment, une angine accompagnée de prurit, symptômes ayant fait craindre un moment une forme fruste de la scarlatine. A l'Admission Lucienne Q... se plaignit encore, pendant quelques jours, d'un prurit généralisé.

Au point de vue psychique, la malade relativement calme dans la journée, devient, dès la tombée du jour, extrêmement turbulente. Cette excitation s'accentue pendant la nuit, l'enfant pousse des cris, se met en colère, pleure, grimace, se contorsionne, se roule à terre en se débattant, cherche à griffer, à mordre, se mord elle-même (morsures à la langue et au bras),

---

(1) En collaboration avec M. Yves Porc'her. *Bulletin de la Société Clinique de Médecine Mentale*, n° 4 (avril 1921). — *Résumé.*

déchire. Du 12 au 16 mars, l'agitation se prolonge pendant la journée, mais toujours avec recrudescence pendant la nuit en s'accompagnant de terreurs.

Du 16 au 25, légère amélioration. Les journées sont calmes, les périodes d'excitation nocturne plus courtes.

Le 25, la malade est rendue à sa famille qui, dès le 27, est obligée de nous la ramener en raison de son état d'agitation.

Le certificat de placement mentionne :

« Troubles cérébraux consécutifs à une encéphalite léthargique et carac-
« térisés par des hallucinations survenant la nuit avec menaces de se tuer
« ou de se jeter dans l'escalier. »

Quelques jours après cette seconde entrée, la petite malade accuse une nouvelle poussée prurigineuse et une éruption herpétique au niveau de la base du thorax.

Les troubles psychiques sont la réédition de ceux déjà présentés : calme diurne, turbulence nocturne extrême accompagnée de réactions de défense coléreuses et agressives, occasionnées par la frayeur.

Examen du liquide céphalo-rachidien :

Glucose 0 gr. 84.

Urée 0 gr. 26.

En dehors du syndrome d'excitation psycho-motrice présenté par la petite Lucienne Q..., il y a lieu de noter les poussées de prurit que nous avions déjà signalées, prurit qu'il y aurait peut-être lieu de rapprocher de celui observé dans certains cas de maladie des tics par les anciens auteurs.

Contribution à l'étude des séquelles psychopathiques de l'encéphalite épidémique (1)

L'attention des psychiatres est de plus en plus attirée sur la physiologie pathologique des troubles mentaux qu'ils observent : il ne faut point penser, d'une façon exclusive, psychologiquement, mais en pathologie mentale, comme ailleurs, anatomiquement et physiologiquement.

Nous essayons, depuis près de deux ans, d'étudier les formes psychiques, primitives ou secondaires, dominant le tableau clinique ou survenant en épiphénomènes, de l'encéphalite épidémique. Il est aujourd'hui banal de répéter qu'elle s'accompagne presque constamment de troubles mentaux. Mais on sait combien les formes frustes en sont fréquentes ; elles peuvent laisser après elles des séquelles mentales, comme des séquelles d'ordre neurologique, tenaces.

Je voudrais, à ce propos, vous rapporter brièvement l'observation de deux malades.

La première pourrait s'intituler « Délire hypochondriaque au cours d'un syndrôme parkinsonien post-encéphalitique. » Il s'agit d'un jeune

---

(1) En collaboration avec M. Rouquier. (*Congrès des médecins aliénistes et neurologistes*, Luxembourg, 1921).

soldat, sans antécédents nets, chez lequel le virus encéphalitique après avoir successivement provoqué, depuis le mois de janvier dernier, des paralysies oculaires, de la somnolence avec torpeur intellectuelle, des myoclonies, une hémiparégie gauche, des phénomènes douloureux dans cette moitié de corps, s'est fixé et a déterminé l'apparition d'un syndrome parkinsonien classique d'abord fruste, puis progressivement accentué, et actuellement très grave, résistant, comme il est de règle, à toute thérapeutique. Le malade qui n'avait jamais présenté de troubles mentaux, si ce n'est la torpeur intellectuelle qui accompagne la forme stuporeuse de l'encéphalite, et qui, fait à noter, n'a jamais été confus, s'est mis un beau jour et sans cause apparente, à fabriquer un délire hypochondriaque très actif.

Il croit que son estomac est percé, que sa vessie communique avec lui, que le lait qu'il absorbe passe directement dans son urine ; il n'en a plus que pour deux jours à vivre, etc...

Il s'exprime lentement et avec peine, comme tous les parkinsoniens ; aussi préfère-t-il m'exposer par lettre ses doléances. J'en ai pendant quinze ou vingt jours reçu deux à trois par vingt-quatre heures.

Puis, un beau jour, tout rentre dans l'ordre.

Le malade m'écrit qu'il a été stupide, se rend rétrospectivement compte de son état et m'adresse des excuses que je ne lui demandais pas. Mais son Parkinson s'aggrave.

A-t-il eu des hallucinations de la sensibilité générale ? Je ne le crois pas. Il a bien accusé une sensation de brûlure au niveau de la vessie, mais ne l'a fait que passagèrement. J'ai eu l'impression que son délire était provoqué par l'interprétation fausse ou exagérée de sensations viscérales. A plusieurs reprises, il s'est plaint de sentir son estomac se resserrer, au point, disait-il, qu'il allait ne plus en avoir. Il n'a jamais vomi, mais n'a-t-il pas présenté des troubles fonctionnels de son tube digestif conditionnés par la maladie ? Je le crois sans peine. Il s'alimentait difficilement, réclamait une nourriture légère.

Les troubles dyspeptiques ne sont pas constants chez les parkinsoniens. Ils peuvent exister. Notre malade s'en est exagéré l'importance.

M. Rouquier a déjà relaté à la Société Médico-Psychologique (1) l'histoire d'un syndrome dépressif grave, sans idées délirantes, survenu chez un encéphalitique dont le parkinsonisme était demeuré fruste. Il semble que lorsque des troubles mentaux apparaissent chez ces malades, ils revêtent plus volontiers la forme dépressive, hypocondriaque ou mélancolique. On peut les opposer aux séquelles aujourd'hui bien connues, qu'on observe de préférence chez les enfants et qui s'accompagnent d'excitation psychique, de turbulence, d'agitation, avec, dans certains cas, onirisme nocturne. Ces malades ne font pas de maladie de Parkinson. Ils se rapprochent des maniaques, les premiers des déprimés. Il y a là très probablement une question de localisation du virus autant que de terrain.

---

(1) *Société Médico-Psychologique* (novembre-décembre 1920).

II. — Le second de nos sujets a déjà fait l'objet d'une communication à la Société Médicale des hôpitaux. Il s'agit d'une encéphalite grave, évoluant depuis près de deux ans et qui s'est compliquée pendant cinq ou six mois de polyurie atteignant huit ou dix litres. Successivement ont apparu chez lui des myoclonies, une hémiparésie alterne inférieure, des mouvements athétosiques localisés à la moitié droite du corps, et enfin des troubles mentaux qui ont nécessité l'internement. Comme le premier, ce malade n'a jamais été confus. Anxieux, agité, extrêmement préoccupé par une constipation très réelle, interprétant toute sorte de sensations viscérales, vaguement persécuté, ne dormant plus, il est resté plus de cinq mois à Villejuif dans le service du Docteur Colin. Puis, les troubles mentaux se sont progressivement estompés. Le syndrome neurologique s'est fixé. Le malade n'a plus actuellement que des mouvements athétosiques du membre supérieur droit et un hémispasme du facial inférieur du même côté. Les mouvements persistent pendant le sommeil. Sorti de l'Asile, le malade se comporte actuellement comme un très grand déséquilibré. Il dort peu ou mal, réagit d'une façon excessive au moindre choc moral, se préoccupe toujours de son état, du fonctionnement de son tube digestif qui est aujourd'hui normal.

Cet état de déséquilibre est, l'interrogatoire le met facilement en évidence, postérieur à la maladie. La suggestibilité du pathologique, si je puis m'exprimer ainsi, est, chez notre sujet, considérablement augmentée. Il serait beaucoup plus facile, si on les recherchait avec insistance, de déterminer chez lui l'apparition des stigmates de la névrose que chez un autre malade.

Nos deux sujets ont fait des formes différentes, mais graves, d'encéphalite épidémique. C'est à la base de troubles mentaux, en apparence primitifs, qu'il importe de rechercher l'infection discrète provoquée par le virus de Harvier et Levaditi. On pourra peut-être, le jour où nous possèderons une thérapeutique spécifique dirigée contre la maladie, améliorer, en les traitant, des troubles psychiques survenus sans cause apparente. La tâche du clinicien serait bien simplifiée si nous possédions une réaction humorale quelconque capable de mettre en évidence l'agent pathogène incriminé.

De l'origine infectieuse ou toxinique probable de certains troubles moteurs de type anorganique (1)

Il semble bien que la suggestion, d'origine étrangère ou provoquée par le sujet lui-même, ne soit pas la seule cause susceptible de déterminer l'apparition de tous les troubles moteurs de type anorganique.

Certains sujets, intellectuellement débiles, ou offrant les caractères de ce qu'on appelait autrefois le tempérament hystérique, se contami-

(1) En collaboration avec M. Rouquier. (*Presse Médicale*, 14 juillet 1920).

nent moralement quand ils se trouvent placés dans certaines conditions d'existence. Ceci ne fait aucun doute. Tel malade entre en crise parce qu'il a vu son voisin de lit en avoir une ; un examen médical intempestif, le séjour prolongé à l'hôpital, sans « révulsion morale » énergique, ont pu créer de toute pièce ou, ce qui est plus fréquent, fixer d'une façon durable telle ou telle attitude pathologique. Il est certain que sur une épine organique, une ancienne blessure avec ou sans lésion vasculo-nerveuse, de très nombreux sujets ont greffé, par suggestion, des contractures dans la pathogénie desquels l'élément psychique joue un rôle peut-être aussi important que les phénomènes réflexes. Il n'en reste pas moins que l'on observe aussi des troubles moteurs de type dit anorganique, qui sont apparus et qui persistent sans que, dans la constitution du sydrome, on puisse faire intervenir légitimement la suggestion directe ou indirecte, consciente ou inconsciente. Ces troubles moteurs résistent parfois à la contre-suggestion la plus active ; l'on sait, d'autre part, que les rechutes sont fréquentes chez les pithiatiques guéris. N'y aurait-il pas, à la base de ces phénomènes morbides, un facteur étranger au psychisme lui-même ?

La récente épidémie d'encéphalite a permis d'observer un nombre considérable de malades chez lesquels, à une symptomatologie plus ou moins classique, parfois très fruste, se sont substitués des troubles moteurs de type très divers : secousses myocloniques diffuses, mouvements choréiformes, tics localisés à un groupe musculaire déterminé, mouvements pseudo-athétosiques, contractions musculaires rythmées. L'on sait, d'autre part, que le virus de Harvier et Levaditi, susceptible d'atteindre d'une façon plus ou moins grave la totalité du névraxe, peut, selon qu'il se localise sur telle ou telle région de l'écorce, des noyaux de la base, ou de la moelle, provoquer hémiplégies, paralysies nucléaires, mouvements myocloniques ou choréiformes, délire et hallucinations (1), agitation anxieuse ou somnolence. Si les séquelles excito-motrices post-encéphalitiques persistent parfois très longtemps, les phénomènes paralytiques sont en général transitoires et vagues, indiquant une atteinte infectieuse passagère des centres moteurs lésés. Ces troubles moteurs, quand ils revêtent la forme hémiplégique, par exemple, peuvent s'accompagner de dysarthrie ou d'alexie, sans syndrome bulbaire ; mais ils n'ont pas dans leurs symptômes les caractères des hémiplégies organiques graves. Flasques ou avec contractures, ces hémiplégies ne sont jamais totales ; les réflexes sont abolis, normaux ou exagérés, mais, même dans ce cas, la trépidation épileptoïde, le signe de Babinski peuvent manquer. Il s'agit, en somme, de parésie plus que de paralysie : on peut en conclure que les lésions cellulaires qui les provoquent sont minimes, et rétrocèdent sans des-

(1) *Société médicale des Hôpitaux* (13 février 1920, p. 198).

truction cicatricielle des éléments nerveux. Le signe du peaucier, la flexion combinée de la cuisse et du tronc peuvent se présenter chez ces malades, comme dans l'hémiplégie de type anorganique. Or, l'origine infectieuse de la maladie est certaine. Mais on sait combien peuvent être minimes les signes d'infection et comme il est difficile de les retrouver dans un certain nombre de formes frustes. La fièvre peut manquer ou passer inaperçue parce que de très courte durée. La température n'est généralement pas très élevée. La réaction lymphocytaire du liquide céphalo-rachidien, l'hyperalbuminose, le plus souvent discrètes, n'ont pas toujours été cherchées. L'hyperglycorachie est plus constante. Mais elle peut être absente, peu marquée ou ne pas être mise en évidence. D'autre part, on observe parfois, avant que s'installe un syndrome paralytique de type anorganique, une période fébrile. Peut-on affirmer que le malade a, par imitation, créé de toute pièce ce syndrome, à l'occasion d'un épisode aigu quelconque ? Ce n'est pas toujours possible, en particulier lorsque la recherche des commémoratifs permet d'éliminer cet important facteur psychique. Bon nombre d'hémiplégies anorganiques se sont constituées sans que le sujet ait été en contact avec un malade présentant des signes de paralysie unilatérale. Et comment l'un de nos sujets, intellectuellement très débile, aurait-il pu être assez observateur pour remarquer et reproduire la dissociation qui existe dans les paralysies d'origine centrale entre le facial supérieur et l'inférieur ?

Il nous semble plus simple d'admettre que l'agent infectieux ou le virus, qui a produit la fièvre, a simultanément, par une localisation corticale ou basilaire, déterminé l'apparition du syndrome en question. Nous avons observé un certain nombre de malades chez lesquels la fièvre a évolué avec de la léthargie, des paralysies oculaires, et chez lesquels se sont ultérieurement installés contractions musculaires rythmées, tics, hémiplégies, mouvements choréo-athétosiques. Le tout revêtait une physionomie clinique telle, par son polymorphisme et sa variabilité, que lesdits malades auraient été sans aucun doute, si on les avait observés avant que ne se soient vulgarisées les notions actuelles sur l'encéphalite épidémique, qualifiés de pithiatiques. Ils l'auraient été d'autant plus facilement que leur suggestibilité est extrême. Il est curieux de remarquer qu'ils étaient tous mentalement débiles. Leurs réactions psychiques ont été, à partir du moment où s'est installé le syndrome moteur en question, celles des anciens hystériques : suggestionnables à l'excès, recherchant avec constance mais sans habileté la solution médico-légale la plus conforme à l'intérêt du moment (il s'agit de militaires), ces malades seraient devenus sans peine de grands pithiatiques si l'examen médical, les suggestions de l'entourage leur avaient permis d'ajouter stigmates ou manifestations pathologiques à celles qu'ils possédaient déjà. Il semble que leur cerveau débile, en état de moindre résistance vis-à-vis du virus à l'action

duquel il a été soumis, ait postérieurement réagi d'une façon particulière. Il n'en reste pas moins qu'à la base du syndrome se trouve un élément infectieux. La contre-suggestion s'est d'ailleurs montrée, chez eux, peu efficace. L'un d'entre eux, guéri momentanément, a été au bout de quelques semaines hospitalisé de nouveau avec une symptomatologie (myoclonies rythmées du bras droit) différente de celle qu'il avait préalablement présentée (tic du facial inférieur et mouvements choréo-athétosiques non rythmés du membre supérieur droit).

Un agent infectieux, des toxines ou des toxiques autres que le virus encéphalitique peuvent-ils déterminer, en se localisant sur le névraxe, des troubles fonctionnels analogues à ceux dont nous venons de parler ? Il est, *a priori*, logique de le supposer, et l'on connaît depuis de longues années l'origine infectieuse très diverse des polynévrites. Rien ne nous permet, pour l'instant, d'affirmer, d'une façon certaine, l'étiologie tuberculeuse ou syphilitique de tel ou tel trouble moteur d'apparence anorganique. Il semble bien, cependant, que les toxines du bacille de Koch puissent provoquer l'apparition d'un tableau clinique analogue à celui de la mésencéphalite stuporeuse (1). Pourquoi ne pourraient-elles pas. dès lors, déterminer, par une localisation différente, une symptomatologie comparable ?

Le groupe des névroses se démembre de plus en plus, et à la base de ce qui fut autrefois considéré comme essentiel, ou d'origine purement psychique, se révèle, au fur et à mesure que nos connaissances cliniques progressent, une étiologie infectieuse, toxique, endocrinienne. Le torticolis mental est aujourd'hui considéré comme d'origine réflexe et provoqué par une lésion constante de la colonne vertébrale (2).

Bon nombre de troubles fonctionnels que l'on qualifiait autrefois d'hystériques ou d'anorganiques sont très probablement conditionnés par une infection plus ou moins atténuée, par un trouble quelconque apporté dans le métabolisme ou la nutrition des éléments nerveux. Il est difficile d'en apporter la preuve expérimentale. Nous avons essayé d'en faire la démonstration clinique.

---

(1) Maurice Page. — « Encéphalite léthargique et tuberculose ». *Gazette des Hôpitaux*, 31 janvier 1920.
(2) Pierre Marie et André Léri. — « Lésions vertébrales et torticolis spasmodiques ou mentaux ». *Société médicale des Hôpitaux*, 12 mars 1920, p. 359.

Un cas d'aphasie motrice pure sans surdité, ni cécité verbales chez une femme polyglotte n'ayant jamais présenté d'affaiblissement intellectuel notable (1) (Présentation de pièces).

Le cerveau présenté est celui d'une malade atteinte d'aphasie motrice pure et décédée à l'Asile.

Alsacienne d'origine, engagée à douze ans comme bonne d'enfants, chez des Espagnols, à Chicago, elle y reste trois ans et en profite pour apprendre l'espagnol ; revenue en France en 1884, elle épouse un Italien, ce qui lui permet de s'instruire dans une langue nouvelle. En 1894, des excès de boisson l'obligent à un premier séjour de quatre mois à l'Asile de Villejuif.

En 1896, ictus apoplectiforme : lorsque, dix heures après, elle recouvre ses sens, son entourage s'aperçoit qu'elle est paralysée du côté droit et qu'elle a perdu l'usage de la parole. La malade qui, avant son ictus, parlait quatre langues : le français, l'allemand, l'italien et l'espagnol, ne peut plus prononcer désormais que deux mots : « oh non ». Elle présente, en outre, un léger degré de cécité verbale, mais ce trouble disparaît complètement au bout de quelques mois.

La parole spontanée est impossible. Seule l'expression « oh non » est prononcée dans son véritable sens. Son vocabulaire se réduit à ces deux mots français, l'aphasie motrice est totale pour trois langues, l'allemand, l'italien et l'espagnol. Elle ne peut répéter les mots prononcés devant elle ; l'amusie motrice est complète : Madeleine est incapable de fredonner les airs alors qu'elle pouvait le faire à la Salpêtrière en 1898-1899.

Elle indique rapidement, au moyen de ses doigts, le nombre des syllabes du mot qu'elle ne peut prononcer. Elle compose facilement les mots avec les cubes alphabétiques, spontanément et sans dictée. On constate l'intégrité de la notion du mot et, par suite, du langage intérieur, les images auditives étant invoquées avec beaucoup plus de facilité et de rapidité que ne le sont les images motrices.

La lecture à haute voix est impossible ; il n'existe pas trace de surdité verbale. Madeleine exécute immédiatement les ordres qu'on lui donne dans une des quatre langues qu'elle connaît. Elle n'a pas de surdité musicale. La compréhension est parfaite pour les chiffres et les nombres.

La malade écrit spontanément de la main gauche ; son style est correct ; elle copie ou écrit sous dictée sans difficulté.

---

(1) En collaboration avec M. M. Brissot, interne du service. (*Bulletin de la Société de clinique mentale*, n° 7, juillet 1909). — *Résumé*.

La mimique est remarquablement bien conservée : les gestes sont des plus expressifs et le facies reflète exactement l'état des sentimenis intérieurs.

Madeleine n'a pas, à proprement parler, de troubles intellectuels : elle ne manifeste aucun affaiblissement de la conscience, paraît se rendre compte de sa situation et se comporte très normalement. Les facultés mnésiques sont intactes.

La faculté d'attention, le pouvoir d'association ne sont pas troublés ; l'imagination paraît normale, autant qu'il est possible de s'en rendre compte chez une aphasique.

Le jugement est correct ; les facultés syllogistiques n'ont pas subi de diminution apparente.

La compréhension est parfaite : si on l'interroge en allemand, elle écrit sa réponse en français ou inversement, suivant le désir exprimé par l'interlocuteur.

Par suite de son hémiplégie, elle est incapable de s'occuper et reste assise une partie de la journée. Elle pleure parfois au souvenir de ses trois jeunes enfants ; ajoutons qu'elle supporte mal les taquineries de la part de ses compagnes.

Malgré les troubles légers de l'affectivité, de la volonté et du caractère, nous pouvons résumer notre opinion sur cette femme, en affirmant que, chez elle, en dehors de l'aphasie, les troubles intellectuels sont si peu accusés, qu'on doit douter qu'il en existe ; la tendance à s'acheminer vers la démence est de ce fait à peu près nulle. Madeleine est simplement une infirme du langage, dont l'état mental est resté sensiblement le même pendant douze ans.

Dix années plus tard, les circonstances nous permettant d'observer la même malade, nous constatons que l'état mental de Madeleine R. n'a pas varié d'une façon appréciable ; nous notons seulement de l'amnésie qui n'existait pas autrefois et une certaine difficulté dans l'évocation mentale des images motrices.

La malade succomba le 15 mai 1909 dans une crise d'asystolie d'origine rénale. A l'autopsie, on nota l'existence de trois foyers de ramollissement dans le cerveau : sur la face externe de l'hémisphère gauche, un premier foyer détruisait la moitié postérieure de la tête, le cap et le pied de la troisième frontale (ces deux dernières parties en totalité) ; le lobe frontal est atrophié dans son ensemble. — A la face externe de l'hémisphère droit, on constatait un deuxième foyer de ramollissement intéressant la circonvolution pariétale inférieure dans ses deux tiers postérieurs ainsi que la partie antérieure et supérieure du pli couche. — Un troisième foyer de ramollissement d'une étendue beaucoup moindre était limité à la moitié postérieure des deux lèvres de la scissure perpendiculaire interne qui sépare le cuneus du lobe quadrilatère.

12

En résumé, depuis quatorze ans qu'elle était aphasique et malgré l'existence de deux gros foyers de ramollissement, Madeleine n'a jamais présenté de signes de démence.

La destruction de la troisième frontale et, en particulier, du centre de Broca, explique les altérations du langage parlé ; mais, ce qui est plus important à faire ressortir, c'est que la lésion de la zone de Wernicke, du côté droit, n'a, malgré son étendue, produit aucun symptôme d'aphasie sensorielle.

Encéphalite épidémique et diabète insipide (1)

La première observation publiée d'un diabète insipide transitoire au cours d'une encéphalite épidémique grave avec troubles mentaux ayant nécessité l'internement. Le syndrome a sans doute été déterminé par une localisation du virus au niveau de l'infundibulum ou de l'hypophyse.

Aphasie sensorielle avec anarthrie et syndrome pseudo-bulbaire chez une jeune femme idiote en apparence et non démente.

Les deux malades présentées sont isolées du monde extérieur ; l'une et l'autre ont une contracture post-hémiplégique du bras et de la jambe ; elles poussent des gloussements inarticulés, pendant que la salive s'écoule de leur bouche. Mais si l'une ne se préoccupe nullement de cette salive qui souille ses vêtements, l'autre cherche à s'en débarrasser avec son mouchoir, tout en s'efforçant de comprendre son interlocuteur qu'elle ne perd pas des yeux et qu'elle écoute avec attention.

Si l'une ne dit et ne pense rien, son centre d'idéation étant à peu près détruit, l'autre, amputée seulement de ses moyens de communication avec le monde extérieur, conserve une intelligence encore assez active. Cette dernière, à un premier examen, a tout à fait l'aspect d'une idiote, mais il se pose à son endroit une difficulté de diagnostic à l'occasion de l'aphasie dont elle est atteinte :

— Mme T..., 22 ans : rien de particulier dans ses antécédents, toutefois le premier mari de sa mère est mort syphilitique (la malade est issue du deuxième lit) et l'un de ses oncles a été interné dans un Asile.

A 18 ans, alors qu'elle était enceinte de quelques mois, la malade eut un

---

(1) En collaboration avec M. Rouquier. (*Société médiale des Hôpitaux*, 10 juin 1920). — *Résumé.*

ictus, avec hémiplégie gauche, qui disparut au bout de trois semaines ; quatre mois plus tard, elle eut un second ictus accompagné, cette fois, d'hémiplégie droite, avec perte complète du langage articulé et suivi plus tard, de contracture des deux membres. Ces derniers accidents ont persisté jusqu'à l'époque actuelle.

La sensibilité est diminuée du côté paralysé. La malade est dans l'impossibilité de déglutir les aliments, par suite d'une paralysie de la langue, des lèvres et du voile du palais. On constate du rire et des pleurs spasmodiques.

En ce qui concerne les troubles de la parole, on constate la perte complète de tout langage articulé ; la surdité verbale est aussi totale, mais il n'y a pas de surdité musicale. Il n'y a pas de cécité littéraire mais la cécité verbale est presque complète : la malade ne reconnaît que son nom et quelques substantifs usuels. Toutefois la compréhension des chiffres est mieux conservée.

La notion des emblèmes et des couleurs paraît être intacte. L'écriture spontanée et l'écriture sous dictée sont impossibles, mais l'écriture, d'après un modèle, se fait servilement.

La mimique est remarquablement développée chez la malade : quand on lui parle, elle fait signe qu'elle ne comprend pas et, quelquefois, elle pleure de dépit ; si, au contraire, on lui donne un ordre par geste, elle l'exécute immédiatement. En résumé, nous sommes en présence d'une malade dont le tableau clinique est caractérisé par la perte absolue du langage articulé avec symptômes d'aphasie sensorielle. Ces troubles de la parole relèvent-ils de l'aphasie motrice ou bien d'une anarthrie, par lésion paralytique des organes indispensables à la phonation ? — Dans cette dernière hypothèse, sommes-nous en présence d'une lésion centrale (paralysie pseudo-bulbaire) ou d'une lésion bulbaire (paralysie labio-glosso-laryngée) ?

Le début brusque de la maladie, par ictus successifs, ayant amené tout d'abord une hémiplégie gauche qui a guéri, puis une hémiplégie droite qui a persisté, l'absence d'atrophie de la langue et de contractions fibrillaires à la surface de cet organe, l'absence de réaction de dégénérescence des muscles de la face, les rires et les pleurs spasmodiques me font rejeter l'hypothèse d'aphasie motrice et de paralysie labio-glosso-laryngée. Je crois plutôt qu'il s'agit là d'une anarthrie par paralysie pseudo-bulbaire.

Syndrome glosso-labio-laryngé à évolution rapide par lacune protubérantielle (1)

La malade dont l'observation et les pièces anatomiques sont présentées, était une femme âgée de 50 ans, Mme Le. entrée à l'Asile de Villejuif en novembre 1910 : à son entrée dans le service, elle avait la voix nasonnée et présentait de la faiblesse musculaire sans prédominance particulière ;

(1) En collaboration avec M. J. Bonhomme, interne du service. (*Bulletin de la Société Clinique de Médecine mentale*, n° 8, novembre 1911). — *Résumé*.

elle était désorientée dans le temps et dans l'espace. On notait enfin de l'agitation incohérente et de la turbulence, surtout nocturne. En décembre, sa voix devenait rauque et sa bouche se déviait à droite. En janvier, on constatait de l'apraxie idéo-motrice. En juin, on notait un état de torpeur pendant le jour faisant place pendant la nuit à de l'agitation incohérente ; sa parole était presque inintelligible par suite d'une anarthrie portant sur les dentales, les gutturales et les labiales.

A ce moment, la malade salive facilement, même en mangeant ; elle a aussi fréquemment des vomissements ou plutôt des régurgitations survenant très peu de temps après l'ingestion des aliments.

La marche est difficile à cause d'une hypotonie généralisée plutôt que d'une paralysie vraie ; on constate de la parésie plutôt que de l'apraxie des membres supérieurs. Il existe une légère dyspnée. Les veilleuses notent des crises d'oppression paroxystiques ainsi que des chutes de son lit. La déchéance physique et mentale a marché rapidement : la malade avait perdu 7 kilogs en trois semaines.

Le 29 juin, la malade a une attaque épileptiforme, à convulsions toniques d'une durée de quatre à cinq minutes, sans cri, sans mouvement de la langue, déviée à droite : après des intervalles de 10 à 15 minutes, les crises se succèdent et la malade meurt à la quatrième.

A l'autopsie faite 36 heures après la mort, le cerveau ne présente que des lacunes assez banales dans les noyaux gris : il existe, en outre, une hyperhémie intense de toute la convexité de l'hémisphère gauche et particulièrement au niveau du lobe pariétal.

Mais, à la coupe de la protubérance, on note dans la région tout à fait supérieure, deux lésions bien nettes. A gauche de la ligne médiane, il y a une lacune évidemment ancienne. A droite, enfin, et dans une région sensiblement symétrique de la lacune gauche, on remarque un tout petit foyer hémorrhagique, encore rouge.

Ces lésions nous permettent d'expliquer à peu près les symptômes observés. Les premiers signes de paralysie labio-glosso-laryngée se sont installés progressivement, signalés seulement par les pertes de connaissance que la malade accusait à son entrée : ce signe est une bonne indication des lésions de claudication intermittente et des crises vasculaires. Ils correspondent à la lacune. Enfin, l'hémorrhagie récente a amené la mort.

A l'examen histologique, on note surtout les altérations vasculaires : prolifération considérable et épaississement des parois : on rencontre un grand nombre de capillaires sinueux gorgés de sang ; des vaisseaux d'un calibre relativement élevé, présentent de l'infiltration pariétale : ce signe porterait à penser à une lésion d'origine syphilitique. L'infiltration méningée de moyenne intensité qu'on constate en même temps que des lacs sanguins sous pie-mériens peuvent relever simplement de l'éthylisme ancien de la malade. A la protubérance, la néoformation vasculaire était intense et explique pourquoi cette région céda plus facilement.

Il s'agit bien dans ce cas de syndrome labio-glosso-laryngé à évolution rapide et non de la maladie de Duchenne qui a une marche essentiellement chronique et progressive.

Ces cas sont rares : on en cite quelques-uns assez semblables ; cependant, le plus ordinairement, ces hémorragies sont bilatérales et s'accompagnent de signes plus complets d'altération du faisceau pyramidal.

L'encéphalite épidémique au point de vue médico-légal (1)

(1) Lecture faite à l'*Académie de Médecine*, (séance du 22 novembre 1921).

TABLE DES MATIÈRES

MÉDECINE LÉGALE DE GUERRE

HYGIÈNE PUBLIQUE

CLINIQUE MENTALE